BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Imprimerie L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1867

2e SÉRIE

TOME HUITIÈME



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1868



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1867.

Présidence de M. GIRALDÈS.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Archives générales de médecine.*

— M. le docteur E. Cruveilhier écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

— M. Lanelonge, de Saint-Martial (Gironde), adresse une observation d'emphysème traumatique. (Comm. : M. Labbé.)

— M. Sédillot adresse la lettre suivante :

La question de la régénération des os est assez importante pour que je ne craigne pas d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur quelques points de ma dernière communication, qui pourraient n'avoir pas été parfaitement compris.

Deux méthodes sont en présence.

L'une, à laquelle Larghi a donné la dénomination générale de résections sous-périostées, se fonde sur l'idée que le périoste détaché et isolé à l'état de gaînes ou de lambeaux, des os subjacents, que l'on résèque et que l'on enlève, les reconstitue et les reproduit.

L'autre méthode, que j'ai appelée évidement sous-périosté, a pour doctrine que le périoste resté adhérent aux os peut seul les régénérer, et que l'os subjacent doit être, par conséquent, ménagé et conservé avec le plus grand soin.

Dans notre conviction, nous serons très-prochainement témoins d'un sauve qui peut général parmi les partisans actuels des résections sous-périostées, et nous les verrons se défendre à qui peut mieux de les avoir jamais adoptées et soutenues.

Nous nous étonnons même qu'une méthode si peu rationnelle, si dénuée de fondement, et si contraire à tous les enseignements de l'art ait pu résister jusqu'ici aux critiques et aux démonstrations négatives dont elle a été l'objet. Sa nullité radicale et sa condamnation définitive ressortent cependant d'une expérience très-simple indiquée par Bacon, conseillée par notre éminent physiologiste Claude Bernard, et que l'on peut appeler élémentaire.

Quand on croit avoir découvert la cause d'un phénomène, disait Bacon, il faut renverser l'expérience, c'est-à-dire supprimer la cause ou le déterminisme, et voir si l'effet continue à se produire.

C'est un procédé d'analyse et de contrôle qui est mis tous les jours en usage en physique et en chimie, et dont la valeur est absolue.

Le beau traité de M. Claude Bernard, sur la méthode expérimentale, a montré tout le parti qu'on devait également en tirer en biologie.

Comment donc se fait-il que des chirurgiens, habitués cependant aux difficultés et aux périls de l'observation, soient frappés d'aveuglement à ce sujet et se mettent aussi formellement en contradiction avec l'évidence?

On prétend que les gaînes périostées reproduisent les os! La vérification est très-facile : enlevez la gaîne périostée, supprimez-la, et vous verrez si l'os continue à se produire. Si l'os ne se reproduit plus, la démonstration confirme votre supposition. Si, au contraire, l'os se reforme et se régénère, il est parfaitement certain que ce n'est pas la gaîne périostée enlevée qui a pu le reconstituer puisqu'elle n'existait plus. Dans ce cas, il faut rechercher d'autres causes productrices et renoncer à une hypothèse insoutenable, à moins de fermer volontairement les yeux à la vérité.

Ces preuves, ces démonstrations, ont été données depuis longtemps.

Heine avait déclaré que les os se reproduisaient moins bien sans périoste, mais qu'ils se reproduisaient.

M. le docteur Marmy, dans son travail sur la régénération des os, inséré dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (tome XXVII,

Paris, 1866), a pratiqué comparativement un certain nombre de résections, avec ou sans conservation du périoste et, résultat bien remarquable, les os réséqués avec le périoste ont été fortuitement plus complets et plus réguliers que ceux dont le périoste avait été conservé.

Notre consciencieux et regretté collègue, M. le docteur Michon, a vu les os reproduits, il s'est assuré de l'habile et savante exactitude des expériences, et après avoir étudié la question avec toute l'attention scrupuleuse qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs, il a traité les résections sous-périostées, de chirurgie de laboratoire et d'aventure.

Toute la Société de médecine de Strasbourg a eu sous les yeux les pièces pathologiques recueillies par M. Marmy, et chacun peut encore aujourd'hui les étudier au muséum anatomo-pathologique du Val-de-Grâce, où elles ont été déposées.

Ces expériences n'ont soulevé aucune critique ni aucun doute, et elles imposent cette conclusion définitive et absolue : que les gaînes et les lambeaux périostés ne sont pas la cause des régénérations osseuses, et que la méthode des résections sous-périostées repose sur une déplorable illusion.

Il ne suffisait pas de montrer l'erreur et la gravité de ses conséquences, puisqu'une foule d'opérations ont été pratiquées sur l'homme, sous l'empire de ces idées aussi fausses qu'irréalisables, il importait encore d'expliquer les causes et le mécanisme des reproductions osseuses que la chirurgie a observées de tout temps, et c'est ici que je reprends la démonstration dont ma dernière communication était le sujet.

Si le périoste isolé ne reproduit rien, le périoste adhérent reproduit parfaitement les os dans certaines conditions d'hyperplasie sur lesquelles nous nous proposons de revenir plus tard, pour les mieux caractériser.

Nous n'examinerons pas, en ce moment, l'opinion de M. Ranvier, qui a, dans un travail remarquable, considéré le périoste comme une membrane purement fibreuse, ne possédant aucune propriété ostéogénique. C'était aussi l'avis de Bichat, et M. Ranvier rapporte à l'os lui-même et à une sphère de cellules médullaires, dans laquelle il se forme, la couche ostéogène qu'il différencie nettement de sa membrane fibreuse d'enveloppe.

Nous prenons le périoste tel qu'il est généralement décrit et accepté, et nous le voyons produire de la matière osseuse en grande abondance, dans tous les cas où l'os subjacent a été cautérisé, traversé par un corps étranger, bourré de charpie et évidé.

Dans l'état fœtal, les os présentent un certain nombre de points

d'ossification qui s'étendent par irradiation, projettent en tous sens de la matière osseuse, dont la rencontre avec les pièces osseuses voisines constitue, soit la continuité et la fusion d'un seul os, soit des épiphyses, plus ou moins longtemps séparées des diaphyses par une couche cartilagineuse si bien étudiée par M. Broca.

Les travaux originaux de M. Serres, la publication de MM. A. Rambaud et Ch. Renault, sur l'origine et le développement des os, ne laissent aucun doute à ce sujet.

Il en est de même, jusqu'à un certain degré, des ossifications pathologiques.

L'os se reproduit directement, sans passer par la forme cartilagineuse, et il naît de tous les points où le périoste, adhérent à l'os subjacent, a conservé sa vitalité et acquis, par suite d'un traumatisme, d'énergiques propriétés ostéogéniques. On voit alors la matière osseuse, représentée par des îlots, des mamelons, des aiguilles, des embranchements distincts, se réunir, se tasser, s'accumuler et occuper tous les espaces libres qui lui sont offerts, s'y mouler et prendre très-exactement la forme des parties environnantes.

J'ai exposé ces idées dans un mémoire ayant pour titre : *De l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os : moulage de ces organes par des matières solidifiables injectées dans leurs gaînes périostées*. (Communication à l'Académie des sciences, 16 janvier 1865.)

Je montrais que la conservation du périoste avait pour principal mérite d'offrir un moule plus régulier à la matière osseuse, destinée à reproduire de nouveaux os, et c'est là en effet le seul avantage à invoquer en faveur des résections sous-périostées, avantage déjà signalé par Malgaigne et par nous, il y a déjà un assez grand nombre d'années.

Les figures 4, 5 et 6, que j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie, permettaient d'apercevoir et de suivre les progrès de ces ossifications régénératrices, si faussement attribuées aux gaînes et aux lambeaux du périoste conservé.

Je craindrais de fatiguer l'attention de la Société par une plus longue insistance sur ce sujet, et je me bornerai à dire que toutes ces idées sont conformes à la tradition chirurgicale, aux faits cliniques de régénérations osseuses dont nos annales sont remplies, et aux expériences sur les animaux.

LECTURE.

— **M. ED. CRUVEILHIER** fait une lecture sur un cas de *fistule congénitale du prépuce*.

COMMUNICATIONS.

— **M. SERRES,** d'Alais, communique un fait d'ovariotomie suivie de succès, qu'il a pratiquée cette année.

Ce fait présente les particularités suivantes :

La malade, qui avait une apparence chétive, était néanmoins dans d'excellentes conditions morales, et elle a supporté l'opération avec un grand courage et une très-grande force d'esprit.

L'opération a été pratiquée suivant les règles habituelles. Le pédicule, très-large, et des adhérences ont nécessité un peu de lenteur dans les manœuvres, et il a été remarqué qu'au niveau des points où des adhérences avaient été déchirées, il y avait seulement un peu de suffusion sanguine. La malade, d'ailleurs, ne perdit presque pas de sang.

Le rétablissement eut lieu promptement : il resta un petit point fistuleux au niveau de la suture, et qui depuis saigna au moment de chaque époque menstruelle. Mais ce qu'il y a de plus particulier, c'est qu'il y a une éventration, une hernie de la ligne blanche sous la matrice.

Pendant l'opération, l'ovaire du côté opposé au kyste avait paru un peu malade, et nous nous étions demandé s'il fallait l'enlever. Je n'ai pas cru devoir le faire, parce que cet ovaire présentait le même aspect que l'ovaire de la jeune fille opérée par moi l'année dernière. Je n'y avais pas touché, et, jusqu'à ce jour, il me paraît que cet organe n'a été le siége d'aucune formation pathologique nouvelle.

M. BOINET demande si le péritoine a été compris dans la suture de la paroi abdominale. Il dit n'avoir jamais entendu dire ni remarqué que, quand la suture était ainsi pratiquée, il y ait eu une éventration.

M. SERRES , d'Alais. Le péritoine a été compris dans la suture.

M. SERRES, d'Alais, donne communication d'un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la vision binoculaire expliquée par la disposition des arcs rétiniens.* M. Serres part de ce principe, que l'œil reporte la sensation perçue à l'intérieur, et que cette sensation est arrêtée aux points d'intersection des axes optiques, où les deux images, perçues séparément par chaque œil, se fusionnent. Appliquant ensuite, au moyen de l'horoptère, les données précédentes, il montre qu'il y a une série de positions pour lesquelles l'axe optique, avec un axe secondaire, forment dans l'œil des angles dont un des côtés est un arc rétinien, et que ces arcs, au nombre de douze, représentent tout le champ visuel de la rétine ; que, en combinant ces arcs de façon à les fusionner, on arrive à déterminer les

points où un objet est vu simple, et ceux où il est vu double. M. Serres pense que cette explication vaut mieux que la théorie des propriétés synesthésiques de points symétriques de la rétine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Coxite aiguë compliquée d'ostéo-périostite de l'os iliaque.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu plusieurs fois occasion de soumettre à l'examen de la Société des cas d'ostéo-périostite avec décollement d'épiphyses, mais je ne crois pas avoir jamais observé de faits dans lesquels des lésions aussi graves se soient produites en aussi peu de temps.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une petite fille de quinze ans, assez grande, mais très-grêle. Dans la maison où elle était en apprentissage, elle était chargée des commissions, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer le genre d'affection auquel elle a succombé. Le 14 décembre dernier, elle rentra chez sa mère, ayant du malaise, du frisson, et se coucha. Au premier moment, on crut que les douleurs dont elle se plaignait dans la hanche étaient dues à du rhumatisme ; on fit des frictions, on appliqua des cataplasmes émollients, et l'enfant resta au lit. Malgré ces soins, les douleurs et la fièvre augmentant, elle fut conduite, le 17 décembre, à Sainte-Eugénie, et placée dans un service de médecine comme atteinte de rhumatisme articulaire. Le 21, ayant été appelé à la voir, je trouvai l'enfant très-abattue et ayant beaucoup de fièvre. Elle était couchée sur le dos, le membre abdominal gauche demi-fléchi et tourné dans la rotation en dehors ; la fosse iliaque gauche était un peu tendue, douloureuse, le pli de l'aine effacé par la tuméfaction. Le moindre mouvement imprimé occasionnant les plus vives douleurs, j'eus beaucoup de peine à la faire coucher sur le côté droit pour examiner la hanche gauche, qui était très-tendue, surtout au-dessus du grand trochanter. En cherchant avec beaucoup d'attention si je ne trouverais pas de collection purulente, je sentis profondément la fluctuation au-dessus du grand trochanter ; certain alors que j'avais affaire à une ostéo-périostite profonde, intéressant probablement l'articulation coxo-fémorale, je plongeai un bistouri jusqu'au-dessus du bourrelet cotyloïdien, et le long de la lame je glissai une sonde canelée, et je sentis l'os à nu. Immédiatement du pus s'écoula ; je retirai alors le bistouri droit, pour débrider plus largement avec un bistouri boutonné, et après avoir cherché inutilement si je ne trouverais pas le moyen de faire une contre-ouverture et de passer un drain, je me contentai d'introduire une grosse sonde pour faciliter

l'écoulement du pus et me donner le moyen de faire des lavages. A la suite de cette opération, la malade éprouva un soulagement notable. La hanche devint moins tendue, moins douloureuse; l'engorgement de la fosse iliaque diminua, et la cuisse put être portée dans l'adduction. Pendant trois ou quatre jours, l'amélioration, qui coïncidait avec le libre écoulement du pus, me laissait un peu d'espoir; mais bientôt les symptômes généraux s'aggravèrent, les douleurs locales devinrent de plus en plus vives; il survint des frissons, des escarres au siége et de l'infiltration des membres inférieurs, et enfin l'enfant succomba épuisée par la douleur et la suppuration.

A l'autopsie, nous trouvâmes la capsule articulaire détruite, la tête du fémur entièrement séparée; tout au pourtour du bourrelet cotyloïdien, dans la fosse iliaque externe, le périoste était détaché. Sur la tête du fémur, il n'y avait plus de trace de cartilage, non plus que dans la cavité cotyloïde, qui était perforée, désunie; enfin sur la face interne de l'os des îles, le périoste était également décollé par le pus. Le col du fémur, scié suivant sa longueur, était noirâtre comme s'il avait macéré dans le pus. Tels étaient les désordres qui, en moins de vingt jours, avaient amené la mort. En attaquant dès le début l'affection, aurait-on pu prévenir les accidents? Sans répondre affirmativement, je dirai que, déjà à plusieurs reprises, j'ai été témoin de ces erreurs de diagnostic, qui ont fait prendre pour des rhumatismes articulaires des ostéo-périostites épiphysaires. Lorsque j'ai pu, dès le début, pratiquer le débridement, j'ai été assez beureux pour prévenir de très-graves accidents, et alors, dans quelques cas, la maladie s'est terminée par une nécrose plus ou moins étendue; mais au moins j'ai pu sauver le malade. Dans d'autres cas, au contraire, lorsque la maladie avait fait déjà de grands progrès, il a fallu recourir à l'amputation, ressource trop souvent inutile, parce qu'il y avait déjà des symptômes d'infection purulente consécutive à l'ostéomyélite.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire, Dr Dolbeau.

Le 9 janvier 1867, séance annuelle.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès, président sortant, remercie la Société de la bienveillance dont elle l'a honoré pendant toute la durée de ses fonctions.

M. Giraldès invite M. Legouest, vice-président, à prendre le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Follin, retenu par une indisposition.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° *Leçons de clinique chirurgicale,* professées à l'Hôtel-Dieu de aris, par M. Dolbeau, et recueillies par M. J. Besnier, interne des hôpitaux;

3° *Études sur la régénération des os par le périoste,* par M. le docteur Marmy;

4° *De la régénération des os par le périoste,* par M. Marmy; compte rendu de M. Lisson;

5° *Comment se régénèrent les os à la suite de l'opération de l'évidement,* par M. C. Sédillot;

6° *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux,* par M. L. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. Sédillot.

A M. le président de la Société impériale de chirurgie.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous adresser une nouvelle communication relative à la régénération des os. Cette question, si souvent agitée à la Société de chirurgie, n'a rien perdu de son intérêt, et j'ose espérer que vous accueillerez cette note avec votre bienveillance habituelle.

De la nullité radicale des résections sous-périostées, comme moyen de la régénération des os.

Ma dernière communication annonçait un sauve qui peut général parmi les partisans des résections sous-périostées pratiquées comme

moyen de régénération des os, et je pense aujourd'hui montrer, par un remarquable exemple, que cette prévision s'accomplit.

Un des principaux défenseurs de ces résections sous-périostées, M. Ollier, déclare, dans le numéro du 10 janvier courant de la *Gazette des Hôpitaux,* par la voix de M. Laroyenne, son collaborateur à l'hôpital de Lyon, « que ses expériences lui ont démontré que, chez les adultes, il faut rechercher dans les résections articulaires la reconstitution de l'articulation, et non la reproduction de la longueur des os. »

En vertu de ces principes, une résection sous-périostée du coude, pratiquée par M. Laroyenne, n'avait pas amené la régénération du coude en longueur, mais seulement en conformation articulaire.

Il est sans doute inutile que je fasse remarquer à la Société de chirurgie l'extrême réserve avec laquelle j'ai toujours évité de citer des noms propres, dans la crainte de compliquer un dissentiment scientifique d'oppositions personnelles ; mais, dans les questions de doctrine, on est cependant obligé de parler de ceux qui les représentent, et le seul devoir est de ne jamais s'écarter des égards confraternels qui leur sont dus.

En permettant au périoste détaché et isolé des os subjacents de ne plus contribuer à leur rendre leur longueur ou une partie au moins de leur longueur primitive, M. Ollier revient aux véritables errements de la science. Ses expériences à cet égard étaient inutiles, car on n'a pas à démontrer ce qui est admis par tout le monde, à moins que ce ne soit pour se prouver à soi-même qu'on s'est trompé.

Quant à la reproduction des formes, c'est encore une vérité très-ancienne qui n'avait rien à acquérir des expériences de M. Ollier. On savait que les os mis en rapport et soumis à des mouvements répétés, par l'action des muscles, dont le jeu avait été conservé, se creusaient et se multipliaient de manière à reproduire des formes articulaires très-régulières et très-distinctes.

C'est ainsi que j'ai expliqué, il y a plus de vingt ans, comment les fausses articulations rencontrées sur l'os iliaque, à la suite des luxations du fémur non réduites, tendaient à représenter très-exactement la jointure coxo-fémorale.

C'est encore en m'appuyant sur les mêmes raisons, que j'ai pu contester à Lisfranc la réalité de certaines luxations incomplètes de l'humérus. Lisfranc avait montré, à l'Académie impériale de médecine, d'anciennes luxations de l'épaule où la tête humérale était creusée et comme partagée en deux moitiés par le bord interne de la cavité glénoïde, et il concluait de ces dispositions que la luxation avait été

incomplète. J'ai pu alors démontrer que toutes les luxations de l'épaule primitivement complètes offraient, avec le temps, la forme d'un ginglyme, par l'usure excessive et réciproque des os en rapport.

La science est donc restée ce qu'elle était, et toute discussion à cet égard serait en ce moment inutile.

Il n'en est pas de même du fait de la régénération en longueur des os. C'est un aveu d'erreur et une rétractation qui méritent de nous arrêter un instant.

M. Ollier avait présenté à l'Académie des sciences, en 1859, une observation de résection sous-périostée du coude pratiquée par M. Verneuil. Quatre mois après l'opération, le membre avait recouvré, au mininum, 11 centimètres de longueur, qui ne pouvaient être attribués, disait-il, qu'à la production de nouveaux os. Je pensais, contradictoirement à cette assertion, qu'on pouvait douter de l'exactitude de la mensuration, et expliquer par d'autres causes un certain allongement du membre, et qu'en absence de preuves certaines de la régénération en longueur, par le périoste détaché et conservé, des os reséqués, on n'avait pas le droit de rien affirmer.

M. Ollier contesta cette manière de voir et maintint l'allongement des os de $0^{m},11$, produits par le périoste détaché.

Je m'adressai alors à la Société de chirurgie, à laquelle avait été présenté le malade de M. Verneuil, et je demandai qu'une commission l'examinât et rendît compte de son état. MM. Verneuil, Larrey, Morel Lavallée, furent chargés de cette mission, mais l'opéré avait quitté Paris et il ne fut plus possible de le retrouver.

Ce manque de constatation était déjà une grave objection contre un fait déclaré patent et destiné à servir de preuve scientifique; mais M. Verneuil avait lui-même publié l'histoire de son malade (Comptes rendus de la Société de chirurgie. *Gazette des hôpitaux,* du 25 juin 1859), et il ne portait qu'à $0^{m},03$ de longueur l'accroissement du membre.

Qu'étaient devenus les 8 centimètres observés en trop par M. Ollier? C'était une affaire à régler entre ces deux confrères, et nous n'en avons pas connu le dernier mot.

Aujourd'hui la question se représente dans des conditions tout opposées. M. Ollier, qui avait trouvé en 1859 $0^{m},11$ d'allongement, déclare que ces allongements n'ont pas lieu et qu'on ne doit pas y compter. Il attaque par cela même M. Verneuil, qui avait constaté une régénération de 3 centimètres des os en longueur.

Le débat, comme on le voit, persiste encore, mais la position en est complétement changée. Espérons que si MM. Ollier et Verneuil ne se sont pas mis d'accord, il y a huit ans, ils y parviendront aujour-

d'hui, en reconnaissant, comme nous l'avons toujours soutenu, que le périoste détaché et isolé n'avait rien produit.

MM. les membres de la Société de chirurgie n'apprendront pas sans un vif intérêt, pour la solution de la question de la régénération des os, qu'un de leurs collègues, dont le savoir et l'autorité sont le plus justement appréciés, M. le professeur Richet, loin d'être partisan des résections sous-périostées, s'est rallié à notre méthode de l'évidement et a bien voulu lui fournir quelques faits de la plus haute importance.

On avait essayé de présenter M. Richet comme hésitant entre les deux méthodes, et on avait reproduit, dans cette intention, un passage de son anatomie, imprimé au commencement de 1865. Depuis ce moment, M. Richet, témoin du succès de deux évidements qu'il avait eu l'occasion de pratiquer, a décrit cette opération dans ses leçons à la Faculté de médecine et à sa clinique de la Pitié, comme un moyen de traitement très-important qu'il n'hésitait pas à employer dans tous les cas où la possibilité s'en offrait.

Voici, au reste, les observations textuelles de M. le professeur Richet, extraites d'une lettre communiquée à notre éminent collègue M. Larrey, avec autorisation de la citer.

« C'est au commencement de 1865 que le passage qu'on a rappelé a été écrit. Depuis, j'ai eu occasion de vérifier combien sont justes les idées du savant professeur de Strasbourg. La première fois, ce fut sur un jeune garçon de quatorze ans, neveu du docteur Gougenheim, ancien interne des hôpitaux.

« Avec l'assistance de ce confrère, j'ai évidé toute la partie supérieure du tibia pour un de ces cas de séquestre, simulant ce qu'on a improprement appelé des tumeurs blanches, et qui ne sont que ce que j'ai nommé des ostéites articulaires.

« J'avais évidé cet os avec une gouge tranchante, au point d'y loger une grosse noix. C'était, je crois, au commencement de 1865. Aujourd'hui, ce jeune homme est complétement guéri, avec une cicatrice enfoncée, et il n'est plus question de tumeur blanche.

« Le deuxième malade était un adulte de vingt-cinq ans, opéré en novembre 1864, à la Pitié. Je lui avais évidé totalement une ostéite avec carie et nécrose; il ne restait qu'une faible coque osseuse.

« Après cinq mois, le malade quitta mon service, avec un petit pertuis fistuleux par lequel sortait, de temps à autre, de la matière puriforme épaisse.

« Je l'avais perdu de vue, lorsqu'il rentra dans mon service vers

les premiers jours de 1866, atteint d'une tumeur dans le pli de l'aine, du côté opposé.

« C'était un abcès par congestion, provenant de la colonne vertébrale. Le malade était phthisique au dernier degré et mourait peu de temps après.

« J'ai alors enlevé la région opérée du tibia avec le plus grand soin. Je l'ai fait dessiner et je la possède encore aujourd'hui. Cette pièce très-curieuse montre le mode de régénération du tissu osseux après l'évidement. On voit partir de toute la circonférence de la paroi conservée, des aiguilles osseuses se rendant vers le centre de la cavité à la manière des stalactites, et il reste encore, au centre même, une petite excavation pouvant contenir un pois.

« C'est de ce point que suintait la matière épaisse, constatée par nous, jusque dans les derniers temps de l'existence, et qui ne s'en échappait qu'à de rares intervalles.

« Vous voyez que, depuis que j'ai écrit le passage extrait de mon anatomie, la question de l'évidement a marché; dans mon esprit, elle est aujourd'hui résolue, et je donne de beaucoup la préférence à cette méthode sur celle des résections sous-périostées.

« Je n'ai d'ailleurs été jamais très-partisan de cette dernière méthode, ainsi que le prouvent la discussion que j'ai soutenue en 1863 à la Société de chirurgie (*Bulletins de la Société*, t. IV, deuxième série, p. 174), et les lettres que j'ai échangées en 1864 avec M. Ollier, au sujet de la résection du maxillaire. »

Nous n'ajouterons rien à cette citation d'où ressortent si clairement des enseignements de la plus haute valeur, sur la manière de considérer le point de départ ou le siége initial d'un certain nombre de tumeurs blanches et sur l'indication toute nouvelle de les traiter.

En déclarant irrationnelles, inefficaces et dangereuses comme moyen de régénération des os, les résections sous-périostées et les ostéoplasties par déplacement et transposition du périoste, nous devions nécessairement contester et nier les faits publiés à l'appui de cette méthode et qui nous semblaient de pures illusions.

Nous prendrons aujourd'hui pour exemple le fait dont le retentissement a été le plus grand et qui a trouvé des prôneurs et des enthousiastes dans les grands journaux, dans le public et même au sein des Académies et d'une réunion dont un ministre avait la présidence nominale. Nous voulons parler du nez osseux refait par M. Ollier, au moyen du périoste nasal; nez vanté, acclamé, médaillé et par-dessus tout phénoménal, car notre siècle n'aurait rien produit, en chirurgie, d'aussi extraordinaire ni de si merveilleux.

Nous disons cependant que ce nez n'a jamais existé que dans

l'imagination de ceux qui y ont ajouté foi, et en voici les raisons :

Dans nos études sur la valeur des expériences pratiquées sur les animaux, nous avons depuis longtemps établi la règle que toute opération, constamment suivie de revers chez le chien, n'avait aucune chance de succès sur l'homme, et nous maintenons la vérité de cette proposition, restée jusqu'à présent sans démenti. Or les expériences de M. le docteur Marmy, insérées dans le tome XXVII des *Mémoires de l'Académie de médecine* (Paris, 1866), ont prouvé que, sur les chiens, le périoste déplacé et transposé ne produisait pas d'os. Si dans certains cas exceptionnels on pouvait constater l'apparition de quelques noyaux de matière osseuse, ces dépôts rudimentaires ne persistaient pas et n'avaient qu'une durée transitoire et passagère.

M. Marmy a détaché le périoste frontal, l'a ployé sur lui-même et accolé, l'a réuni par première intention, sans traces de gonflement ni d'inflammation et dans ces conditions remarquablement favorables à l'ostéogénie; aucune parcelle osseuse n'a été produite. L'expérience a été répétée et a toujours été négative.

Ce n'est pas tout, M. le professeur Langenbeck avait été le premier à essayer de refaire l'arête osseuse nasale avec un lambeau de périoste frontal, et sa tentative était restée stérile.

La question paraissait donc jugée.

M. Ollier a dit cependant avoir été plus heureux. C'était une affirmation bien grave et qui eût mérité une éclatante démonstration.

La charge de faire la preuve dans la science, a dit un illustre académicien, *pèse sur ceux qui allèguent un fait.* Cette preuve a-t-elle été faite ? Et est-il devenu évident pour tout le monde que le nez de M. Ollier était un nez véritablement chirurgical? Nous regrettons d'être obligé de répondre négativement, et nous sommes encore plus peiné de nous trouver en opposition avec un confrère. Mais lorsqu'il s'agit d'une question d'art, étroitement liée aux intérêts de l'humanité et de la science, toute considération personnelle doit céder à la voix supérieure de la vérité.

De quelque manière que l'on étudie les résections sous-périostées, on les voit condamnées par la tradition, par les expériences sur les animaux, par l'observation clinique, et l'on ne peut trop s'étonner que des illusions et des erreurs aussi déplorables aient pu durer si longtemps.

Veuillez agréer, etc.

C. SÉDILLOT.

Strasbourg, le 15 janvier 1867.

— **M. DESPRÉS**, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture d'une lettre de M. Ranvier.

A Monsieur le président de la Société de chirurgie.

« Monsieur le président,

« Dans la dernière séance il a été donné lecture d'une note de M. le professeur Sédillot sur la régénération des os. Comme M. Sédillot fait intervenir mon nom dans le débat soulevé aujourd'hui au sujet du périoste et de sa fonction ostéogénique, j'ai cru devoir présenter quelques éclaircissements.

« D'abord, M. Sédillot dit que, pour juger du rôle du périoste dans l'ossification, il ne suffit pas de constater la production du tissu osseux sous le périoste, mais encore faire la contre-épreuve, c'est-à-dire voir si les os ne peuvent pas se développer quand ils sont privés de leur membrane d'enveloppe. M. Sédillot pourra trouver, dans le travail qu'il a bien voulu rappeler, une expérience démontrant que l'accroissement des os en épaisseur peut s'effectuer d'une manière régulière, quand bien même on a à plusieurs reprises extirpé le périoste de ces os.

« En outre, l'illustre chirurgien rapporte la manière de voir que j'ai exposée touchant les fonctions du périoste et de la moelle dans l'ossification. D'après cet exposé, on pourrait peut-être croire que je me refuse à admettre la formation du tissu osseux à la suite des transplantations périostiques et des résections sous-périostées. Cependant j'ai entièrement rendu justice à M. Ollier, et je ne diffère de ce savant observateur que sur l'interprétation de ses belles expériences.

« Je pense, en effet, que le périoste extirpé entraîne avec lui une portion du tissu médullaire qui recouvre la surface de l'os, et que c'est aux dépens de ce dernier tissu que se forme l'os nouveau. Cette opinion est basée sur des faits que je suis tout disposé à soumettre au jugement de la Société de chirurgie.

« Recevez, etc.

« D[r] L. RANVIER. »

M. DESPRÉS ajoute :

Les deux expériences auxquelles fait allusion M. Ranvier sont les suivantes :

Sur le tibia d'un jeune rat, une rondelle de périoste est enlevée à un mois d'intervalle et la plaie est réunie par première intention (chez le rat les plaies se réunissent par première intention avec une grande facilité). A quatre mois le rat est sacrifié, et l'on trouve que

les deux tibias sont égaux en volume et en grosseur, quoique l'un d'eux eût été privé d'une notable partie de son périoste.

Lorsque l'on transplante un lambeau de périoste, s'il n'est point raclé, il y a de l'os nouveau reproduit à la face interne du périoste ; si l'on en racle une partie, cette partie ne se recouvre pas d'une couche osseuse, elle reste fibreuse. Cette expérience est celle de M. Ollier, M. Ranvier en a donné l'interprétation.

Je suis heureux, messieurs, de servir d'interprète à M. Ranvier, un de nos jeunes anatomistes qui se livre avec succès aux études micrographiques.

J'ajoute que je suis plus porté à admettre les preuves fournies par les travaux de M. Ollier et la thèse de M. Ranvier, que tous les raisonnements de M. Sédillot.

M. VERNEUIL. La résection du coude, que jadis j'ai pratiquée en conservant le périoste des extrémités articulaires, fournit, encore aujourd'hui, à M. Sédillot, l'occasion de mêler mon nom aux attaques continuelles qu'il dirige avec plus d'opiniâtreté que de succès, contre les belles recherches expérimentales et cliniques de M. Ollier.

Les explications autrefois fournies à la Société de chirurgie sur ce même fait me paraissent avoir épuisé le sujet; par conséquent, il me paraît inutile de faire cesser un prétendu désaccord qui, suivant M. Sédillot, existerait entre M. Ollier et moi, et dont je n'ai pas connaissance.

Pour ma part, je garde d'autant plus volontiers le silence que M. Sédillot donne malheureusement à sa polémique et à ses incessantes réclamations une forme regrettable et qui s'éloigne beaucoup trop, suivant moi, des traditions académiques.

Quiconque voudrait d'ailleurs juger le litige entre le chirurgien de Strasbourg et le chirurgien de Lyon, pourra le faire sans peine, en lisant l'ouvrage dont je viens de faire hommage à la Société, de la part de son auteur.

Le livre de M. Ollier, je n'hésite pas à le proclamer, est un des plus remarquables de notre époque. Riche de faits et d'aperçus nouveaux, basé sur l'histoire, la critique, l'expérimentation et l'observation, écrit avec bonne foi et véracité, conçu dans un excellent esprit, cet ouvrage honore singulièrement la science française en général et en particulier la chirurgie lyonnaise, déjà si féconde.

C'est là qu'on trouvera réponse satisfaisante aux assertions et aux négations de notre collègue de Strasbourg.

RAPPORT.

De l'influence des exercices vocaux sur les résultats de la staphyloraphie.

— M. TRÉLAT lit un rapport sur un travail de M. Liégeois, candidat à la place de membre titulaire.

A l'occasion de ce rapport, M. Larrey et M. Trélat échangent quelques mots relatifs à l'historique de la staphyloraphie.

— M. VELPEAU demande que l'on insère dans les bulletins le rapport de M. Trélat. Dans ce rapport, dit-il, se trouvent formulées les indications de la staphyloraphie. On entrevoit quelles sont les causes du succès ou de l'insuccès de cette opération ; il y a, de plus, une foule de détails très-utiles pour les praticiens. M. Velpeau ajoute que parmi les promoteurs de la staphyloraphie, il faut citer Lambert et Eustache de Bézier, ainsi que cela résulte des recherches de M. Verneuil. Quant aux résultats fournis par l'opération de la staphyloraphie, ils sont variables; mais, en général, ce qui est relatif à la prononciation laisse souvent à désirer. J'ai vu, dit M. Velpeau, bien des opérés et en particulier celui de Roux, le résultat était loin d'être parfait. Je pourrais citer, entre autres, l'observation d'une jeune Anglaise ; la suture a réussi, mais la prononciation est encore imparfaite, quoique l'opération remonte à vingt ans. Nous ignorons les raisons pour lesquelles certains opérés parlent bien, d'autres très-mal, après les sutures les mieux faites; il faut que les observateurs s'engagent dans la voie indiquée par M. Trélat, et bientôt nous connaîtrons la cause des insuccès.

M. BROCA s'est demandé si l'infériorité de la suture palatine sur les appareils prothétiques ne tiendrait pas à la manière dont on observait. Lorsqu'on applique un obturateur, on attend plusieurs mois avant de juger des résultats ; au contraire, on voudrait que les malades parlassent bien dès le jour où la suture est parfaite. En général, les chirurgiens négligent peut-être trop cette gymnastique physiologique sur laquelle insistent avec raison les fabricants pour faire prévaloir leurs appareils. Dans les cas de staphyloraphie, caractérisés d'heureux dans le rapport de M. Trélat, a-t-on fait usage de cette éducation particulière à laquelle je fais allusion?

M. VELPEAU fait remarquer que les exercices de l'organe restauré sont parfois insuffisants, ainsi que le démontrent les observations, pour rétablir l'intégrité de la fonction.

M. BROCA. Les observations auxquelles M. Velpeau fait allusion sont antérieures à l'époque qui a vu naître l'idée d'une éducation des opérés en rapport avec les lois de la physiologie.

M. TRÉLAT. Les faits qui permettent de répondre à la demande de M. Broca sont encore rares. Parmi les opérés de M. Liégeois, il en est un chez lequel l'éducation a produit un résultat très-satisfaisant. La staphyloraphie procure à certains malades la possibilité de dire tout, et chez ceux-là l'éducation doit fournir des résultats parfaits. D'autres malades restent dans l'impossibilité de prononcer certaines lettres, certaines syllabes, et cela pour des raisons encore mal déterminées. Chez ces derniers, l'éducation doit avoir peu de succès.

M. DESPRÉS dit qu'on peut très-bien juger de la valeur des appareils prothétiques, d'après les résultats immédiats que ceux-ci procurent, lorsqu'on les applique pour remédier à la perte de substance qui succède à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la voie palatine. Les malades parlent immédiatement aussi bien qu'avant l'opération.

M. TRÉLAT. Il faut se garder de confondre les divisions accidentelles du voile du palais avec les fissures congénitales.

La Société décide le renvoi au Comité de publication du travail de M. Liégeois et du rapport qui l'accompagne.

LECTURE.

M. DUBRUEIL donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Luxations simultanées des trois os intrinsèques du bassin.* (Commissaires : MM. Trélat, Lefort et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DE BEAUFORT présente à la Société de chirurgie un jeune homme qui a subi la désarticulation complète du pied gauche et qui porte une jambe de bois articulée.

M. de Beaufort, poursuivant sa tâche, a cherché à combler une lacune que présente la prothèse du membre inférieur. Les amputés pauvres, ne pouvant se procurer des jambes artificielles métalliques, ont recours à la jambe de bois ordinaire, qui, dans les cas d'amputation sus-malléolaire et tibio-tarsienne, expose le moignon à de graves accidents.

La jambe de bois articulée inventée par M. de Beaufort, et construite par M. Werber, se compose de deux attelles articulées à la hauteur du genou, et se termine en un pied à base convexe, système qui a été l'objet d'un rapport (1) fait à l'Académie de médecine par M. le baron Larrey, en 1851.

Le nouveau moyen de prothèse, solide, léger, d'un prix modique,

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 66.

permet de développer le pas mieux que tout autre appareil. Il a été, du reste, adopté par l'administration de l'Assistance publique le 4 décembre 1865, sur le rapport de M. le docteur Broca.

Le jeune homme présenté par M. de Beaufort a reçu son appareil à l'hôpital de la Pitié, le 13 du mois dernier, dans le service de M. le docteur Gosselin.

MM. Broca et **Larrey** insistent sur l'importance des appareils de M. de Beaufort, et surtout sur la modicité de leurs prix. C'est là la principale raison qui en a recommandé l'adoption dans les hôpitaux civils et militaires. M. Larrey ajoute que M. de Beaufort, qui s'est dévoué au soulagement des malheureux amputés, a le mérite de ses inventions, mais qu'il en laisse le profit aux fabricants d'appareils.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dolbeau.

Séance du 23 janvier 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

Le *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* année 1865;

L'*Éloge de Gratiolet,* par M. Giraldès, 1867 ;

Le 3e volume du *Traité de médecine légale,* de M. le docteur Pambre, de Courtrai.

A propos de la correspondance, M. Giraldès donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Rigaud (de Strasbourg).

Monsieur le président,

Dans sa séance du 21 novembre 1866, la Société de chirurgie reçut de M. Ollier la communication d'un cas de résection d'une grande partie du calcanéum, et à cette occasion, M. Ollier rappela que j'avais pratiqué plusieurs fois l'ablation de l'os du talon. En effet, j'ai pratiqué six fois l'*exarticulation complète* de cet os, en le séparant de

l'astragale et du cuboïde, passant ainsi dans les articulations qui les unissent. C'est donc bien l'ablation totale par désarticulation du calcanéum que j'ai effectuée six fois, et c'est à une époque déjà bien éloignée que remonte la première opération (année 1848).

Je viens aujourd'hui, monsieur le président, donner à la Société de chirurgie l'indication sommaire de ces six faits, me réservant d'en communiquer à la Société les détails circonstanciés, dès que j'aurai terminé le mémoire que je prépare en ce moment.

PREMIER FAIT. — *Carie du calcanéum, pied droit; exarticulation complète, année 1848. — Guérison.*

Le sujet de la première *exarticulation du calcanéum* que je pratiquai était un jeune sourd-muet, âgé de dix ans, nommé Joseph M..., et qui me fut adressé par M. Jacoutot, directeur de l'établissement des sourds-muets, à la Robertsau, banlieue de Strasbourg. La guérison fut très-rapide, puisque le petit malade ne séjourna qu'un mois à l'hôpital; il put alors marcher librement, sans qu'aucun remplissage intérieur ni une semelle épaisse au talon dussent être adaptés à sa chaussure. La claudication était si légère qu'au bout de peu de temps l'habitude, et sans doute une légère inclinaison du bassin, ne permirent plus de l'apercevoir.

DEUXIÈME FAIT. — *Carie du calcanéum, dont la saillie postérieure est creusée d'une cavité, où probablement avait été logé un tubercule enkysté; pied gauche. — Exarticulation totale, année 1849. — Mort.*

La seconde exarticulation du calcanéum fut pratiquée par moi, huit mois après la première; c'était sur un Israélite âgé de trente ans, qui succomba après trois semaines, par suite d'une infection purulente, accident redoutable, qui se présentait alors trop souvent dans notre service de clinique chirurgicale à l'hôpital de Strasbourg, dont les conditions hygiéniques étaient fort mauvaises. Depuis l'année 1854, tout cela est totalement changé.

TROISIÈME FAIT. — *Carie du calcanéum, pied droit. — Exarticulation complete, année 1852. — Guérison.*

En 1852, je pratiquai la troisième désarticulation totale du calcanéum, sur un homme âgé de trente-cinq ans. La guérison fut lente, mais enfin la guérison fut complète au bout de trois mois. La marche fut libre et assurée; la claudication très-peu marquée n'exigea, pas plus que pour le premier opéré, de chaussure particulière; toutefois, je lui avais fait confectionner un soulier avec un talon d'une

épaisseur double de celle du talon de l'autre soulier; mais j'ai vu que depuis, il n'avait pas fait renouveler cette disposition particulière pour sa chaussure, parce qu'elle lui était inutile.

Quatrième fait. — *Carie et nécrose du calcanéum, qui était détruit en partie; pied gauche. — Ablation totale, année 1857. — Guérison.*

En 1857, quatrième ablation du calcanéum sur un homme de vingt-sept ans. La guérison s'est fait assez longtemps attendre, mais sans qu'aucun accident soit venu l'entraver. Sorti de l'hôpital bien guéri, il a été revu un an après, par mon collègue le professeur Michel. Il marchait bien, sans avoir besoin de porter aucune chaussure particulière; il ne boitait pas d'une manière sensible; le pied n'était nullement renversé en dehors, pas plus que chez les deux précédents opérés, nº 1 et nº 3. Ici, nous avons trouvé le calcanéum nécrosé, détruit en partie et excavé, puis retenant encore dans sa cavité une grosse esquille centrale, qui avait évidemment été le siége d'une ostéite raréfiante.

Cinquième fait. — *Hyperostose avec carie et végétations du calcanéum, pied gauche. — Exarticulation complète, année 1865. — Guérison.*

En 1865, cinquième exarticulation de la totalité du calcanéum qui était hyperostosé et carié, sur un jeune garçon de quatorze ans, des environs de Bitschwiller (Bas-Rhin). La guérison fut rapide et le jeune homme sortit de l'hôpital cinq semaines après l'opération. Il marche librement, sans claudication et sans remplissage dans sa chaussure.

Sixième fait. — *Carie du calcanéum. — Exarticulation, juin 1866. — Guérison.*

En 1866, mois de juin, je pratiquai la sixième désarticulation complète du calcanéum, chez un jeune homme de quinze ans, Italien, fils du directeur de l'un des établissements de la foire de la Saint-Jean, qui se tient tous les ans à Strasbourg; après deux mois, l'opéré se lève, marche librement et quitte l'hôpital.

Septième fait. — *Exarticulation du calcanéum, pratiquée par M. l'agrégé Bœckel, août 1866. — Guérison.*

Je veux encore indiquer ici une septième exarticulation du calcanéum, exécutée par M. l'agrégé Bœckel, pendant les vacances de

1866, et qui me remplaçait alors dans mon service. L'opération fut pratiquée exactement comme je l'avais faite six fois déjà, et le malade, jeune garçon d'une dizaine d'années, fut très-promptement guéri et marcha aussitôt librement et sans claudication.

Touchant le manuel opératoire, je dirai ici succinctement et provisoirement, qu'une incision horizontale passant à 1 centimètre au-dessous du sommet des malléoles, s'étendant en avant jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne, tant en dedans qu'en dehors, et coupant le tendon d'Achille aussi bas que possible, nous permet de détacher le lambeau plantaire jusqu'au niveau de l'extrémité antérieure du calcanéum, que nous avons soin de raser aussi exactement que nous pouvons le faire ; nous avons détaché l'insertion postérieure des muscles plantaires; l'articulation calcanéo-astragalienne est ouverte en arrière, et nous pénétrons entre les deux facettes postérieures par lesquelles ces deux os s'articulent; alors, rasant le calcanéum en dehors et en dedans et le raclant en quelque sorte, nous atteignons l'espace qui sépare l'astragale du calcanéum. Nous ouvrons leur articulation antérieure, nous coupons le gros trousseau fibreux qui les réunit ; au troisième temps, nous désarticulons le calcanéum d'avec le cuboïde, et nous enlevons le calcanéum. En agissant ainsi, nous avons pu accomplir cette extirpation sans découvrir ni les tendons des muscles fléchisseurs ni des péroniers, pas plus que l'artère et le nerf tibiaux postérieurs.

A plus tard des détails plus circonstanciés.

M. SÉDILLOT adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« La vérité parmi tous ses avantages a celui de rapprocher tôt ou tard ceux dont les opinions semblaient le plus opposées.

« M. Verneuil a eu raison de dire que le livre de M. Ollier, dont je viens seulement de prendre connaissance, répondrait à toutes mes objections.

« J'ai défendu une méthode : l'évidement. J'en ai combattu une autre : les résections sous-périostées.

« M. Ollier traite l'évidement avec beaucoup de faveur, et ne paraît pas très-enthousiaste des résections sous-périostées, comme pratique chirurgicale usuelle, et il n'affirme nullement la possibilité de refaire les os du nez avec un lambeau périosté frontal.

« Je puis donc espérer voir cet habile et savant confrère partager un jour, plus complétement encore, les convictions auxquelles je me suis rallié.

« Son livre, qui fait sans contredit honneur à la chirurgie fran-

çaise, se recommande par des travaux considérables, une érudition rare parmi nous, une modération, une réserve, une perspicacité propres à lui concilier toutes les sympathies.

« Mes critiques s'adressaient à des faits et à des idées sans être jamais personnelles, et je suis heureux d'en fournir une nouvelle preuve en m'associant publiquement à tous les éloges donnés par M. Verneuil au remarquable ouvrage de notre collègue.

« Veuillez agréer, etc.

« C. Sédillot. »

COMMUNICATION.

Des phlegmons et de la gangrène chez les diabétiques.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante : *Phlegmon sous-cutané du genou droit. — Diabète intermittent. — Larges incisions. — Guérison prompte du phlegmon* (1).

B... Victor, soixante-deux ans, scieur de long, entre le 9 décembre 1866, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 20.

C'est un homme de haute taille, assez maigre, à chair flasque, à peau terne, il est tellement sourd qu'il est impossible de l'interroger.

Le genou droit, dans les régions antérieure et externe, présente une rougeur livide, s'étendant à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous de la rotule et un gonflement diffus avec œdème.

La fluctuation est très-évidente, il s'agit donc d'un foyer purulent périarticulaire. La cavité synoviale est saine, point d'hydarthrose, point de frottement dans les mouvements passifs de la jointure.

La peau de la partie inférieure de la jambe offre çà et là des taches brunes, puis trois croûtes sèches et noirâtres qui rappellent celles du rupia, enfin plusieurs cicatrices anciennes dues à des incisions.

D'après les renseignements fournis plus tard par la femme du malade, la santé a été très-bonne autrefois. Seize ans auparavant, fracture de la jambe compliquée de plaie, de phlegmon, d'issue d'esquilles. Des incisions multiples ont été pratiquées. C'est de cette époque que date la surdité, mais on ne peut savoir s'il y a eu des accidents encéphaliques. Le rétablissement, paraît-il, a été complet. Jamais de furoncles, ni d'anthrax, ni d'éruption cutanée quelconque.

Cependant B..., depuis longues années, a toujours été tourmenté

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes fournies par M. Habran, interne du service.

par la soif. Ce phénomène a augmenté depuis cinq ou six ans. Il buvait jusqu'à trois ou quatre litres d'eau dans l'intervalle des repas, en même temps l'appétit augmenta, il mangeait surtout beaucoup de pain. Il rendait, surtout la nuit, une grande quantité d'urine pâle, non poisseuse et n'empesant pas le linge.

Aucun antécédent de famille. Père et mère très-bien portants, morts à un âge avancé, sans avoir été affectés de goutte, de rhumatisme ni d'affections diathésiques. Les frères jouissent d'une très-bonne santé et sont vigoureux comme l'était, du reste, le malade lui-même jusqu'à ces derniers temps.

Ces renseignements si précieux et si concluants ne furent donnés que plusieurs jours après, nous ne les avions pas attendus pour porter le diagnostic.

La couleur livide des téguments, l'aspect atonique de ce phlegmon, l'apparence cachectique du sujet, la pâleur et la flaccidité des chairs m'avaient fait soupçonner l'existence du diabète, et si j'insiste sur l'exactitude de ce diagnostic, c'est pour prouver que les caractères du phlegmon diabétique ont quelque chose de spécial, une physionomie particulière qui indique la nature du mal *à priori* et avant l'épreuve chimique.

Une autre circonstance m'avait frappé; un phlegmon diffus ordinaire provoque de coutume des symptômes généraux assez intenses; or, ici il en était tout autrement; sauf une coloration assez marquée du visage, il n'y avait point de fièvre, la langue est humide et rosée, l'appétit conservé, la soif un peu vive. Point de selles depuis deux jours.

L'évacuation du pus était urgente. Je fis donc parallèlement à l'axe du membre deux incisions de 7 à 8 centimètres, qui ouvrirent largement la tumeur et donnèrent issue à une grande quantité de pus phlegmoneux, bien lié et tel qu'on le trouve dans les abcès sous-cutanés ordinaires. Je me proposais de faire le lendemain l'examen des urines.

Je continuai donc ma visite. J'étais à la fin de cette dernière lorsqu'un des assistants vint m'annoncer que, conformément à mon hypothèse, les urines renfermaient beaucoup de sucre ; on avait employé la liqueur de Barresvill. Je priai, en conséquence, M. Meunier, interne en pharmacie du service, de vouloir bien faire l'analyse quantitative. Un demi-litre d'urine fut recueilli à cet effet.

Le lendemain, l'état local était satisfaisant. Le phlegmon paraissait arrêté, mais les incisions n'avaient subi aucun changement, on aurait pu croire qu'elles venaient seulement d'être pratiquées. Dans leur intervalle et tout autour d'elles, la peau avait conservé la colo-

ration vineuse et le gonflement œdémateux. Je prescrivis l'eau de Vichy et le régime alimentaire des diabétiques.

Le surlendemain, M. Habran, mon interne, vint m'annoncer qu'une erreur aurait été sans doute commise, et qu'il n'y avait pas de sucre dans l'urine, au moins la liqueur de Barresvill n'était pas réduite. L'expérience venait d'être faite avant la visite, c'est-à-dire vers huit heures du matin, et en présence de deux autres internes également très-instruits; je fis moi-même, séance tenante, un essai qui resta négatif. Mais sur ces entrefaites, M. Meunier m'apportait les résultats de l'examen minutieux qu'il avait fait sur les urines recueillies le premier jour; toutes les réactions étaient caractéristiques. La potasse, le liquide cupro-potassique attestaient la présence du sucre dont la proportion s'élevait à 21/1000.

La dissidence entre les épreuves était radicale. Je chargeai donc les opposants du soin de se mettre d'accord, et bientôt nous eûmes l'explication de ces différences.

En effet, les urines recueillies avant la visite, lorsque le malade était encore à jeun, ne renfermaient pas trace de sucre ; elles étaient tantôt rougeâtres, sédimenteuses, chargées d'urates ; tantôt pâles, louches, blafardes, mais ne réduisant pas une parcelle de cuivre. A quatre heures, avant le repas du soir, même résultat le plus souvent. Au contraire, à midi et à cinq heures, c'est-à-dire une heure ou deux après le repas, la glycose reparaissait, et le dosage ayant été plusieurs fois repris, la quantité variait entre 20 et 28 p. 1000.

Ces oscillations furent constatées nombre de fois jusqu'au jour où le malade fut envoyé en convalescence. Toutefois je dirai que, sans disparaître entièrement, le sucre diminua très-notablement sous l'influence du régime et des alcalins.

Dès le troisième jour, les phénomènes locaux prirent la marche la plus satisfaisante. Les croûtes de la jambe se détachèrent, les plaies se cicatrisèrent de la façon la plus normale, et la guérison progressa aussi vite et aussi naturellement que si le malade avait été exempt de toute complication. La gaieté était revenue, l'appétit était franc, la soif modérée ; les boissons consommées ne dépassaient pas deux litres par jour, et la quantité des urines rendues était un peu inférieure.

Ce cas m'a paru intéressant à divers points de vue :

1° Il s'agit, en effet, d'un phlegmon primitivement sous-cutané, sans gangrène ni traumatisme, possédant néanmoins les caractères objectifs du phlegmon diabétique.

2° Contrairement à ce que j'avais cru devoir avancer dans ma précédente communication, le traitement chirurgical, c'est-à-dire les

incisions larges, ont agi comme dans les cas vulgaires de phlogmon simple.

3° L'intermittence si tranchée du diabète indique la nécessité de multiplier les essais quand on soupçonne la glycosurie dans un cas chirurgical.

4° Comme dans une de mes premières observations, l'état des plaies parut rapidement modifié par l'usage intérieur de l'eau de Vichy naturelle (une bouteille par jour).

5° Dans ce cas encore, c'est l'accident phlegmoneux qui a mis sur la voie du diagnostic d'une glycosurie probablement fort ancienne, et cependant ignorée jusqu'à ce jour.

Il ne me reste plus qu'à mettre en relief la coïncidence entre le diabète et la surdité. Ces deux affections ne pourraient-elles pas être dues à une même lésion ayant le même siége, c'est-à-dire la paroi antérieure du quatrième ventricule ?

M. PERRIN. J'ai deux remarques à présenter touchant la communication qui vient d'être faite par M. Verneuil. La première est relative à la partie physiologique. Notre collègue est disposé à admettre chez son malade une lésion du plancher du quatrième ventricule, et cela à cause de l'intermittence du diabète. L'expérimentation chez les animaux démontre qu'à la suite de la piqûre du quatrième ventricule, le diabète survient ; mais il est continu, quoiqu'il y ait des variations dans la quantité de sucre rendu. Je serais donc disposé, pour ma part, à croire qu'il s'agit, pour le malade do M. Verneuil, d'un de ces diabètes à marche singulière, ne se rattachant pas à une lésion matérielle des centres nerveux. La surdité dont le malade est affecté peut très-bien n'être qu'une simple coïncidence. Quant à la seconde remarque que je veux soumettre à la Société, elle se rattache à la partie clinique de l'observation. Il me semble que le fait actuel diffère un peu de ceux qui ont été rapportés par M. Verneuil. Il ne s'agissait point d'un phlegmon diffus, à caractères tranchés, tels qu'on les observe si fréquemment. C'était une de ces phlegmasies douteuses à l'occasion desquelles le clinicien recherche toujours une cause générale. On a trouvé, dans le cas particulier, qu'il existait une affection diabétique; mais il reste douteux que ce soit la véritable cause du phlegmon que présentait le malade. Je suis frappé de la remarquable influence de l'eau de Vichy, car, en général, ce médicament n'est point capable de modifier beureusement un diabète assez grave, pour provoquer un phlegmon gangréneux de l'un des membres.

M. VERNEUIL. Je n'ai fait qu'une simple hypothèse. L'existence d'une double surdité, en même temps que la présence du sucre dans

les urines, tous ces troubles pourraient s'expliquer par une lésion du plancher du quatrième ventricule. Le malade dont j'ai rapporté l'histoire pouvant succomber un jour ou l'autre, il serait intéressant de vérifier mon assertion.

Quand on fait une piqûre au quatrième ventricule chez un animal, le diabète peut être permanent pendant toute la durée de la réparation de la blessure; mais une fois la cicatrice faite, ne pourrait-elle pas donner naissance à un diabète qui ne se présenterait qu'après les repas?

Je suis tout aussi étonné que M. Perrin de la terminaison heureuse du phlegmon que j'ai traité; mais je ne puis m'empêcher de constater les heureux effets de l'eau de Vichy. J'avais déjà remarqué dans un autre cas l'amélioration survenue du jour au lendemain, pour une gangrène inguinale, à la suite de l'administration de l'eau de Vichy. Chez ce dernier malade, l'emploi des alcalins avait même fait disparaître le sucre que contenaient les urines.

M. PERRIN. Mes observations n'ont pour but que de mettre en relief le cas si curieux à tant d'égards que nous a rapporté M. Verneuil. L'interprétation des faits reste néanmoins douteuse, et en particulier la merveilleuse action de l'eau de Vichy me trouve un peu incrédule; il serait vraiment singulier que l'eau de Vichy eût une action si heureuse dans les gangrènes, alors que cette médication réussit si peu entre les mains des médecins qui soignent le diabète.

M. VERNEUIL. Sur les sept cas observés par moi, cinq n'ont point été améliorés par l'eau de Vichy et les accidents gangréneux ont suivi leur marche. Mais chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, je ne puis mettre en doute l'heureuse action de l'eau alcaline.

La question des gangrènes diabétiques n'est point chose nouvelle, mais je persiste à croire qu'il serait désirable de bien étudier les choses afin de soupçonner le diabète d'après les caractères objectifs des lésions chirurgicales.

M. DESPRÉS. M. Perrin a émis quelques doutes sur la transformation des diabètes traumatiques en diabètes intermittents; M. Verneuil a émis l'hypothèse que, après une plaie du cerveau ou de la moelle, le diabète pouvait devenir intermittent au moment de la cicatrisation. Je voudrais dire que cette hypothèse est une réalité. Bauchet a réuni dans sa thèse sur les lésions de l'encéphale, des faits de diabètes traumatiques, intermittents et permanents, et de diabètes mixtes, permanents d'abord, puis intermittents.

M. VERNEUIL. M. le docteur Palle, de Senlis, un élève de Landouzi, dans sa thèse sur les accidents du diabète (1864), mentionne l'opinion

de son maître en ce qui touche l'influence du diabète sur les lésions chirurgicales. Landouzi avait déjà entrevu la nécessité d'une grande réserve opératoire lorsqu'il s'agissait de sujets diabétiques, et il caractérisait son opinion en disant que « les diabétiques sont pour le chirurgien de véritables *noli me tangere.* »

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine,* numéro de février ;

Le *Montpellier médical,* numéro de février ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

L'*Union médicale de la Provence ;*

Le *Journal de médecine de l'Ouest ;*

Le *Compte rendu de la Société médicale de Clermont-Ferrand ;*

Le *Bulletin de la Société médicale de Reims.* (Bull. 1 et 2.)

Le *Discours sur la mortalité des jeunes enfants,* par M. P. Broca ;

De l'achromatopsie ou cercle des couleurs, par M. le docteur Émile Goubert. Paris, 1867 ;

Études sur les maladies du pancréas, par le docteur Ancelet, de Vailly-sur-Aisne, 1866 ;

Recherches sur la prothèse des membres, par le comte de Beaufort ;

De la rugination de la base du crâne comme moyen de destruction des polypes qui s'y implantent, par le docteur Eugène Caron. Thèse inaugurale, Strasbourg, 1867 ;

Hygiène publique. — Quelques notes sur la mortalité des jeunes enfants, par M. Putegnat (de Lunéville).

Observations de vaginisme, par le même.

Bruits du cœur non décrits, par le même.

Cases of Spina bifida, with remarks, by Prescott-Hewett, 1844;

Die Anwendung der Galvano-Kaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes, Dr Rudolph Voltolini. Wien, 1867.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La note suivante sur le diagnostic et le traitement des polypes naso-pharyngiens implantés sur l'apophyse basilaire, par M. le docteur Herrgott, membre correspondant.

Le plus grand nombre des chirurgiens pense aujourd'hui que, pour traiter avec quelque chance de succès les malades affectés de polypes naso-pharyngiens, il est nécessaire de se frayer une voie large jusque sur le siége d'implantation de la production morbide, afin de pouvoir y agir avec énergie. De là des opérations préliminaires qui sont : par la voie buccale, la fente du voile ou de la voûte palatine; par la voie faciale, l'élargissement de l'ouverture nasale, le passage à travers l'os unguis, la résection partielle ou totale, temporaire ou définitive du maxillaire supérieur. N'ayant, avec M. Legouest, pu me résoudre « à considérer ces mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, » j'ai, dans un cas qui s'est offert à mon observation, cherché à savoir si le lieu d'implantation des polypes ne pouvait pas servir de base à une distinction dans le traitement. Je suis arrivé à cette conviction que, si la méthode rigoureuse de traitement est parfaitement justifiée quand le polype est implanté sur le sphénoïde ou l'ethmoïde, elle n'est pas nécessaire absolument quand il se trouve sur l'apophyse basilaire. La recherche du lieu d'implantation est donc une chose importante pour guider la conduite du chirurgien. A cet effet, le miroir laryngoscopique peut être d'une grande utilité, car il permet de voir la partie supérieure du pharynx et l'entrée des fosses nasales postérieures avec facilité, et quand ces régions sont occupées par un polype qui n'est pas trop volumineux, son lieu d'implantation; quand celui-ci a été enlevé, l'état de la surface d'implantation. Il permet en outre d'apprécier l'action des instruments qui ont agi sur ces surfaces, ou des caustiques qui y ont été appliqués. C'est ce que prouve l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société; elle montre une application nouvelle du miroir laryngoscopique au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens.

Le nommé J. François-Antoine, cultivateur, âgé de vingt-quatre ans, nous fut adressé par notre honorable confrère, M. le docteur Gass, de Mommenheim (Bas-Rhin), dans le courant de février 1865.

Ce jeune homme, qui portait les traces d'une bonne constitution, était alors très-pâle, très-affaibli, tourmenté par une impossibilité de respirer par le nez, et par des crachements de sang.

Voici les renseignements transmis par le médecin du malade :

Déjà au printemps de 1864, J... se plaignait d'une difficulté de respirer qui fut attribuée à un coryza chronique.

Au mois de juillet de la même année, il cracha du sang avec abondance ; la difficulté de la respiration alla en augmentant. Le perchlorure de fer, qu'on administra alors comme hémostatique réconfortant, produisit l'effet voulu ; mais la difficulté de respirer persista. L'examen des fosses nasales ne révélant pas l'existence de polypes muqueux, on fit dans les narines des injections de solution de nitrate d'argent, sans succès. Le malade ne tousse pas, et l'examen de la poitrine reste complétement négatif.

Au mois de janvier 1865, les crachements de sang reparurent. M. le docteur Gass examina alors la bouche et l'arrière-gorge ; il fut surpris de voir derrière le voile du palais, à gauche, une tumeur rougeâtre dépassant de plus d'un centimètre le voile, et déprimant celui-ci assez fortement ; il y fit une ponction avec un bistouri qui ne laissa échapper qu'un peu de sang. Pensant avoir affaire à un polype, M. Gass nous adressa le malade, et nous le fîmes entrer à la clinique chirurgicale, à notre service, le 9 février 1865.

Ainsi que cela a été dit plus haut, le malade est très-affaibli, il est chloro-anémique. Sa voix est altérée comme chez un individu qui a le nez bouché ; elle a en outre le timbre particulier à l'angine. La langue est légèrement teinte de sang, les muqueuses sont pâles, l'appétit est nul, la digestion lente et difficile ; il est impressionné par la gravité de sa situation.

En faisant grandement ouvrir la bouche et en abaissant la langue, on aperçoit une tumeur entre la luette, légèrement déviée à droite, et le pilier gauche, dépassant de 15 millimètres le voile du palais, et le déprimant sensiblement. La tumeur est rougeâtre et saigne au moindre attouchement ; elle est complétement indolente. L'index, introduit derrière le voile du palais, permet de circonscrire la tumeur et d'évaluer son volume à celui d'un petit œuf de poule aplati d'avant en arrière. A droite, on passe facilement jusqu'à une grande hauteur, et il semble, au toucher, que la tumeur est piriforme ; elle est consistante et élastique. La respiration par la narine gauche est absolument impossible ; l'inspiration, mais non l'expiration, est possible par la narine droite ; la tumeur fait l'office, pour cette narine, d'une soupape qui se soulève par l'inspiration forcée, mais qui se ferme pendant l'expiration.

L'examen des parties nous fait penser à la possibilité d'explorer le lieu d'implantation exact du polype au moyen du laryngoscope. Nous faisons venir le malade dans notre cabinet, disposé pour ce genre d'exploration, et là, en présence de notre confrère et ami, le docteur Cochu, de l'interne de notre service et de quelques autres confrères, il est procédé à un examen minutieux. Il en résulte que le polype a un pédicule de la grosseur du petit doigt, très-court, implanté à la partie latérale antérieure gauche de l'apophyse basilaire. Cet examen a été rendu plus facile qu'on ne le pensait, par l'extrême docilité du malade et la diminution de la sensibilité du voile. La luette put être maintenue, tirée en avant avec une pince à pansement, sans causer les douleurs vives qu'on observe ordinairement en pareil cas.

La conclusion de cet examen fut d'employer la ligature, qui s'appliquait si parfaitement aux circonstances anatomiques de ce produit morbide.

Elle fut pratiquée à la clinique le 16 février 1865, avec un fil de fer recuit étreint par le serre-nœud de Graefe, profondément introduit dans la narine gauche.

Nous essayâmes de vérifier avec le laryngoscope le placement du fil sur la base du pédicule ; mais cette exploration resta sans résultat, parce que l'éclairage dans la salle d'opération ne put être disposé convenablement. On put toutefois constater, par le toucher, que le fil se trouvait au niveau de la base du crâne. Cette vérification faite, l'anse fut serrée très-énergiquement, ce qui produisit une assez forte douleur, mais de peu de durée.

La journée du 17 février et la nuit furent bonnes, ainsi que celles du 18 et du 19.

Afin de prévenir tout accident de suffocation qui pourrait se produire par la chute du polype pendant le sommeil, nous passâmes dans sa portion inférieure, moyennant une aiguille tubulée de Simpson, un fil d'argent recuit comme on en emploie pour les sutures métalliques. Les deux bouts de ce fil furent réunis par la torsion pour former un anneau dans lequel on passa un fil double de soie, avec lequel on fit un nœud coulant dont on laissa pendre les deux bouts dans un des coins de la bouche.

Le 20 février, à neuf heures du soir, le malade ressentit une sensation particulière dans le nez ; il porta la main droite au fil, avec lequel il sortit le polype de la bouche, la main gauche au serre-nœud, qu'il enleva avec la plus grande facilité. Au moment même le malade put respirer à son aise, et n'éprouva plus la moindre incommodité.

Le polype constitue une tumeur arrondie et aplatie d'avant en

arrière, longue de près de 4 centimètres, large d'un peu moins de 3 centimètres et épaisse de 2 centimètres, arrondie comme un caillou roulé. Au sommet, on remarque un pédicule non saillant, mais ras, de forme ronde du diamètre de 8 millimètres; il est généralement gris, sauf à sa partie postéro-supérieure, où persiste la coloration rouge primitive.

Le néoplasme est confié à M. Morel, professeur agrégé; il résulte de l'examen auquel s'est livré notre habile collègue, que la tumeur ne contient aucun élément étranger aux tissus normaux de la région où il siégeait; tous les éléments normaux sont augmentés sans changement dans leurs proportions réciproques.

Le 21, le malade se trouve dans un état de bien-être auquel depuis longtemps il n'était plus habitué. La respiration est facile, l'odorat est revenu, il apprécie avec délice la saveur des aliments. Le doigt promené dans l'arrière-bouche la trouve parfaitement libre.

La santé générale fait de rapides progrès, en peu de jours le malade reprend, avec sa vigueur, son air de santé d'autrefois.

Le 25, le malade est examiné au laryngoscope dans notre cabinet. Les ouvertures nasales postérieures sont parfaitement libres. On voit à la base du crâne une petite place rouge, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, située à la partie latérale gauche de l'apophyse basilaire; nous pensons que c'est le lieu d'implantation du polype en voie de cicatrisation à la suite de l'inflammation éliminatoire, suite de la ligature.

Après cet examen on permet au malade de rentrer chez lui, on lui recommande toutefois de venir dans quelque temps se faire examiner de nouveau.

Dans le courant du printemps il revint plusieurs fois et on constata l'état florissant de sa santé, mais il ne fut pas procédé à l'examen par le miroir laryngoscopique.

Vers la fin du mois d'avril 1866, c'est-à-dire un an après l'opération, J... vint nous revoir avec la préoccupation de sentir de nouveau, depuis quelque temps, un peu d'embarras dans la narine gauche. Il éprouve un peu de difficulté dans l'expiration seulement, mais il n'a encore eu aucun crachement de sang. On n'aperçoit rien en faisant ouvrir la bouche au malade et en abaissant la langue; mais en portant le doigt derrière le voile du palais, on trouve une nouvelle tumeur, qui atteint presque le niveau du bord du voile. Le laryngoscope fait voir une nouvelle tumeur absolument semblable à la première, comme aspect et comme forme, mais seulement un peu moins grande.

Le malade demande à entrer dans l'établissement de santé de la Toussaint pour y être opéré.

Le 5 mai, on place de nouveau un serre-nœud avec les mêmes précautions que la première fois, en présence de MM. Cochu, Elser, Gass, etc.

Le sixième jour, le polype tombe, il ressemble exactement au premier, sauf une différence de 15 millimètres en longueur, 1 centimètre en largeur en moins que le premier polype ; comme celui-ci il a un pédicule court de 7 millimètres de diamètre, et l'examen microscopique révèle absolument la même structure.

Le 15 mai, dix jours après la pose de la ligature et cinq jours après la chute du polype, nous procédons dans notre cabinet à l'examen du malade moyennant le laryngoscope. On retrouve le point rouge qui avait été remarqué après la première opération, et qui avait été regardé comme la base d'implantation en voie de cicatrisation. Cette interprétation n'était vraie qu'à moitié. Après ce qui venait d'arriver, il ne pouvait plus être prudent d'abandonner la chose à la nature sans agir sur cette partie de laquelle s'était élevée une nouvelle végétation. Il fallait enlever par la cautérisation ou la rugination cette portion qui n'était pas en voie de cicatrisation, mais disposée à une nouvelle reproduction. Mais comment agir sur cette partie ?

Notre première pensée fut de faire construire une rugine recourbée de manière à atteindre la base du crâne en passant sous le voile du palais et pouvant agir sur elle sous les yeux du chirurgien s'aidant du laryngoscope. En détruisant ainsi, par la rugination, tout le revêtement muqueux et fibreux de l'apophyse basilaire, il nous semblait qu'on aurait quelque chance de sécurité contre la reproduction du mal. Le miroir fut donc mis en place pour étudier exactement les lieux; nous prîmes un fil de fer pour chercher la courbure la plus convenable à donner à notre rugine ; ce modèle fut bientôt achevé et nous allions le faire exécuter immédiatement par M. Elser, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, lorsque l'idée nous vint, le miroir étant placé, de faire passer par la narine gauche un fil de fer droit, pour examiner l'accès de la région par cette voie. Grand fut notre étonnement lorsque nous vîmes ce fil droit, placé horizontalement, atteindre, avec autant de facilité que de sûreté, la région malade dans son centre. Les rapports de situation de l'apophyse basilaire avec l'ouverture nasale antérieure ne nous avaient jamais paru être si simples. Ces rapports furent examinés sur une tête sèche, dans notre cabinet, et furent trouvés absolument identiques à ceux qui existaient chez notre malade. Séance tenante, M. Elser fut prié de faire fabriquer une petite rugine à l'extrémité d'une tige d'acier.

Nous en fîmes usage aussitôt, en l'introduisant horizontalement par la narine gauche. L'instrument, guidé d'abord par le laryngoscope, puis par l'index gauche, manœuvra facilement, et en moins de quelques minutes, la base du crâne fut entièrement raclée jusqu'à la surface osseuse, dans une étendue triple, au moins, de la base d'implantation.

Cette opération fut douloureuse : il sembla au malade qu'on lui déchirait la tête ; il la supporta néanmoins avec un très-grand courage. On ne cessa toutefois que quand la surface osseuse tangible avec l'instrument, parut totalement dépouillée de tout revêtement.

Le laryngoscope appliqué immédiatement après l'opération ne permit de rien voir autre chose que des parties saignantes.

Six jours après, on profita d'un beau soleil pour projeter avec le grand miroir de l'appareil de Moura, qui est un réflecteur très-commode, un rayon lumineux sur le miroir laryngoscopique placé dans la bouche.

La base du crâne, ainsi éclairée par le soleil, parut uniformément rouge sans place suspecte. On permit au malade de s'en retourner chez lui ; lui recommandant cette fois de venir se montrer tous les mois. Il le fit avec une grande exactitude, et le 10 décembre 1866, nous constatâmes l'état parfait de la santé générale et de la base du crâne. Ainsi, sept mois après la dernière opération, on ne put voir aucune trace de la reproduction du mal.

Il serait téméraire d'affirmer une guérison radicale et exempte à l'avenir de toute récidive ; le temps seul pourra répondre à cet égard. Si, contre toute attente, quelque chose de nouveau devait s'y remontrer, la voie nouvelle qui est ouverte permettrait d'y appliquer d'autres modificateurs, tels que des caustiques. La voie est facile, les points de repère sûrs, et l'action des agents pourra être surveillée par l'œil du chirurgien.

Ainsi : application nouvelle du laryngoscope au traitement ainsi qu'au diagnostic des tumeurs de la base du crâne ; voie facile pour y arriver sûrement : tels sont, en deux mots, les points neufs de cette observation.

2° *De l'ostéomyélite localisée du fémur consécutive aux abcès péri-osseux et de son traitement après l'amputation de la cuisse au niveau de la lésion morbide par l'évidement partiel de l'os et du moignon,* par M. le docteur Monteile.

3° *Deux cas d'ovariotomie suivie de succès,* par M. le docteur Lacroix (de Béziers).

4° MM. Robert et Colin adressent deux trocarts, dont l'un est destiné à l'opération de l'ovariotomie et l'autre au traitement des kystes

hydatiques du foie. L'un de ces instruments a été construit d'après les indications de M. Nélaton; l'autre, d'après celles de M. Panas;

5° Une lettre de M. Préterre, réclamant en faveur des appareils prothétiques pour obvier aux divisions palatines;

6° Une lettre de M. Salvatori Jacono, pharmacien de Naples, recommandant une poudre de sa composition, offrant les résultats les plus satisfaisants contre l'épilepsie.

COMMUNICATION.

Paralysie du bras, chez un nouveau-né, extrait par le forceps.

M. GUÉNIOT présente le travail suivant :

Malgré les recherches modernes, l'histoire des paralysies traumatiques, et en particulier de celles qui sont dues à l'emploi du forceps, offre encore sur plusieurs points une grande obscurité. La rareté extrême de certains faits constitue, sans aucun doute, la principale cause de cette imperfection de la science sur un sujet en apparence facile. Ayant observé, il y a deux ans, un exemple presque unique de cette classe de paralysies, j'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, d'en présenter la relation suivie de courtes réflexions, à la Société de chirurgie qui déjà s'est occupée plusieurs fois de la question.

Observation. — Le 4 août 1864, la nommée M... (Rosalie), âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement à quatre heures du soir. Le lendemain, elle entre à la Clinique, et comme le travail reste languissant, on perfore les membranes à huit heures et demie du soir, alors que l'orifice utérin présente un diamètre d'environ 7 centimètres.

A dix heures, le travail se poursuivant avec lenteur, M. Depaul juge opportun de terminer l'accouchement et, à cet effet, il m'invite à extraire l'enfant au moyen du forceps. Le sommet se présentait en position O. I. D. A. et restait élevé au tiers supérieur de l'excavation. La dilatation de l'orifice utérin était largement suffisante, mais non complète encore.

Pour cette opération, qui fut faite en présence de MM. Depaul, Tarnier, Desnos et Klain, j'employai le grand forceps ordinaire, dit forceps de Dubois ou de la Maternité. La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle imprévu. Une demi-minute de tâtonnements calculés suffit néanmoins à la placer sur le diamètre transversal du bassin. La seconde branche pénétra, au contraire, du premier coup avec une grande facilité. L'extraction n'offrit ensuite rien d'insolite, sinon la nécessité d'exercer des tractions vigoureuses

qui me parurent tout à fait disproportionnées avec la simplicité apparente de l'opération.

L'enfant, du sexe masculin, naquit un peu faible; mais quelques soins suffirent pour le remettre promptement en bon état. Son poids, de 3,250 grammes, concordait avec ses dimensions générales et avec le volume de sa tête. Le forceps, ayant été placé aux deux extrémités du diamètre transversal du bassin, la tête fœtale avait dès lors été saisie obliquement. Aussi, la moitié gauche du front et de la face offrait-elle les traces de la pression exercée par la branche gauche, tandis que la branche droite avait marqué une forte empreinte sur le côté droit et un peu postérieur du cou. Le point contus correspondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

A part cette lésion, qui donna lieu à la formation d'une petite escharre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de 1 centimètre, l'enfant offrit les jours suivants un état de santé très-satisfaisant. — Toutes ses fonctions paraissaient s'accomplir d'une façon régulière lorsque le 16 août, c'est-à-dire onze jours après la naissance, sa mère me fit remarquer que le bras droit était sans mouvement. Notre attention ayant été ainsi appelée pour la première fois sur ce fait, je ne puis dire si la paralysie était récente ou datait de l'accouchement. La mère ne s'en était aperçue que le jour où elle m'en fit part, et la nourrice, chargée de donner à l'enfant des soins journaliers, ne l'avait pas remarquée davantage.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'un examen attentif permit de constater. Le membre supérieur droit conserve une immobilité qui contraste avec la liberté des mouvements du membre opposé. Le bras est pendant sur le côté du tronc, l'avant-bras passivement étendu en pronation, et les doigts fléchis dans la main. Les doigts seuls, ainsi que la main (mais cette dernière à un plus faible degré), ont conservé la liberté de leurs mouvements. Le bras, au contraire, est complétement inerte. Soulevé à diverses reprises, puis abandonné à lui-même, il retombe chaque fois brusquement. L'avant-bras, mis en état de flexion, ne peut s'y maintenir et revient en grande partie vers sa situation primitive. Les mêmes expériences pratiquées du côté opposé ne donnent point les mêmes résultats. La sensibilité est bien conservée, ainsi que le témoignent les cris de l'enfant et quelques efforts impuissants pour mouvoir son membre, lorsqu'on exerce sur ce dernier des pincements de la peau. Pendant cette épreuve, le petit malade peut mouvoir son épaule en totalité; mais le bras reste absolument inerte, tandis que l'avant-bras est le siége de quelques mouvements rudimentaires.

L'épaule n'est nullement déformée et ne paraît point abaissée. Il n'existe dans la longueur du membre ni luxation, ni fracture, ni trace de contusion. Enfin, la palpation ne fait reconnaître aucune différence de consistance dans les parties molles des deux membres supérieurs, et la petite plaie résultant de la chute de l'escharre est en voie de réparation.

En définitive, il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une paralysie du bras complète pour le deltoïde et presque complète pour les autres muscles.

A partir de cette constatation, l'enfant fut examiné chaque jour, et constamment le membre offrit les mêmes phénomènes. Le 20 août, l'état général, sans être très-prospère, restait satisfaisant; mais la paralysie était stationnaire. La petite plaie touchait à sa guérison. D'après la prescription de M. Depaul, des frictions faites sur l'épaule avec du vin aromatique furent alors commencées, puis continuées au nombre de trois par jour.

Enfin, le 25 août, jour de la sortie de l'enfant, une amélioration sensible se remarquait dans l'état de la paralysie. Le bras était le siége de quelques mouvements rudimentaires, l'avant-bras pouvait se fléchir spontanément, la main et les doigts jouissaient de tous leurs mouvements, et la plaie du cou était cicatrisée. — Depuis, j'ai voulu revoir cet enfant, afin de connaître la marche ultérieure de la maladie ; mais il me fut impossible de le retrouver. Pendant son séjour à l'hôpital, il avait été allaité par sa mère, qui eut des suites de couches normales.

Réflexions. — En faisant abstraction d'un cas équivoque de Smellie, sur lequel j'aurai à revenir, celui que je viens de relater est, à ma connaissance, le second exemple de paralysie du bras dont la cause soit manifestement une contusion produite par le forceps. Le premier fait de ce genre, qui appartient à M. Danyau, a été publié en 1851 dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. II, p. 148. Quoique plus complexe dans ses phénomènes et plus fâcheux dans ses suites, il offre avec le mien une telle similitude sur les points essentiels qu'il est impossible de ne pas rattacher, dans les deux cas, la paralysie à une même cause anatomique. Tout lecteur se convaincra de cette vérité en comparant entre elles les deux observations. Or, dans celle de de M. Danyau, les détails de l'autopsie ne laissent aucun doute sur l'existence d'une contusion du plexus brachial. C'est donc à cette même lésion qu'il me paraît logique d'attribuer les symptômes constatés chez notre petit malade.

Quant aux circonstances qui ont pu favoriser la production d'un

accident aussi rare, M. Danyau admet pour son fait qu'il existait sans doute une inclinaison de la tête fœtale, inclinaison qui en abaissant le cou rendait cette partie vulnérable au forceps. Cette explication toutefois n'est donnée que comme une hypothèse vraisemblable, car M. Danyau ne paraît pas avoir constaté directement l'irrégularité de la présentation. Dans le cas qui m'est propre, bien que je n'aie pas non plus des preuves irrécusables de l'existence d'une inclinaison de la tête, je ne puis néanmoins me refuser à l'admettre, et cela pour les raisons suivantes.

D'abord, malgré la bonne conformation du bassin de la mère et le volume ordinaire de la tête fœtale, celle-ci est restée jusqu'à la fin assez élevée. De plus, le travail s'est effectué avec lenteur et même avec une certaine irrégularité, double circonstance reconnue rare dans les cas de présentation franche, et commune au contraire, ainsi que se plaît à y insister M. Depaul, dans les présentations irrégulières. L'obstacle que je rencontrai dans l'introduction de la première branche du forceps, puis les résistances inaccoutumées que m'offrit l'extraction, constituent aussi des présomptions d'une certaine valeur. Enfin les traces de l'une des cuillers sur la moitié gauche du front, et surtout la forte contusion existant en un point très-limité, sur le côté opposé du cou, me semblent prouver d'une manière suffisante que, quand elle fut saisie, non-seulement la tête était en position oblique, mais qu'elle était en outre légèrement inclinée sur l'épaule gauche. D'où il me paraît légitime de conclure que l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie lorsque, dans les positions obliques du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule.

Pour éviter désormais cet accident, il serait donc opportun, quand le diagnostic est bien établi, de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation; et en cas d'impossibilité, de préférer au moins à l'application latérale du forceps une application oblique de cet instrument. Quoi qu'il en soit, chez l'enfant de la Clinique, la paralysie diminua assez promptement sous l'influence d'une médication très-simple, et tout permet de supposer que l'amélioration a progressé jusqu'à complète guérison. Comme l'hémiplégie faciale, à laquelle M. Danyau l'a heureusement comparée, la paralysie du bras serait ainsi une affection réellement bénigne. Quant au fait de Smellie que M. Danyau assimile aux précédents, je crois difficile de lui donner une interprétation absolument rigoureuse et inattaquable. Les quelques détails qui permettent de l'apprécier me semblent, en effet, insuffisants pour conduire à une démonstration complète. Toutefois, c'est

ici qu'il convient d'en discuter la valeur et la signification. Voici ce que dit Smellie dans son observation (1).

Une femme ayant eu déjà plusieurs accouchements très-faciles, et chez laquelle l'enfant se présentait par la face, était depuis longtemps en travail. « Il y avait environ les deux tiers de la tête descendus dans le bassin, et le menton était arrivé *jusqu'à la partie inférieure de l'ischium du côté droit.* » La femme étant couchée sur le côté, un oreiller entre les genoux et les fesses sur le bord du lit, Smellie fit une application de forceps (probablement de son forceps droit), de manière à placer les cuillers sur le côté de la tête, c'est-à-dire l'une en avant, derrière la symphyse pubienne, et l'autre en arrière, au devant du sacrum. Puis, faisant tourner le menton de droite à gauche jusque sous l'arcade des pubis, il termina l'accouchement sans de notables difficultés. « L'enfant, ajoute-t-il, naquit avec la face toute tuméfiée et la tête comprimée. Cette *longue compression* rendit les bras de l'enfant paralytiques, mais on remédia bientôt à cet accident au moyen des frictions et des embrocations qu'on lui fit. »

S'agit-il donc dans ce cas d'une paralysie complète des deux bras, ou seulement d'une paralysie des deltoïdes? C'est ce qu'il est impossible de décider d'après le récit laconique de Smellie. Mais ce qui importe davantage, c'est de savoir si la paralysie est réellement due à la pression du forceps.

Or, d'une part, il n'est fait aucune mention des empreintes, ni surtout des petites escharres que l'instrument eût sans doute déterminées, si la pression se fût réellement exercée sur les côtés du cou. D'autre part, il est difficile de s'expliquer comment les cuillers eussent pu atteindre cette région, puisque la tête en état d'extension complète paraît avoir été saisie suivant son grand diamètre, du menton à l'occiput, « le long des oreilles. » Je crois plus volontiers que la double paralysie dont il est question fut la conséquence d'une « *longue compression* » des épaules au détroit supérieur et de la contusion ainsi produite des nerfs circonflexes. Le travail, en effet, durait depuis longtemps lorsque Smellie intervint. Et d'ailleurs, cette circonstance que le menton était descendu « jusqu'à la partie inférieure de l'ischium » n'indique-t-elle pas que les épaules étaient elles-mêmes engagées au détroit abdominal, l'une en avant et l'autre en arrière, par conséquent soumises à une forte compression de la part de l'enceinte pelvienne?

Dans ma pensée, le cas de Smellie serait donc distinct des précédents. La paralysie aurait été probablement limitée aux muscles del-

(1) *Observ. sur les Accouch.: traduct. de Préville*, t. II, p. 586.

toïdes dont les nerfs sont faciles à contondre sur l'os qu'ils contournent ; et de plus, la lésion aurait été produite, non par les cuillers du forceps, mais par la constriction du bassin sur les épaules du fœtus.

Ainsi envisagé, ce fait devient tout à fait comparable à un cas de même genre observé par M. Jacquemier. « Peu de jours après la naissance, fort et bien constitué, dit ce savant accoucheur, enfant qui était né après un travail assez long et assez pénible, le bras droit était comme pendant et se tenait rapproché du tronc. Lorsqu'on l'élevait il retombait comme une masse inerte... Les mouvements de la main, de l'avant-bras s'exerçaient librement, mais sans que le bras y prît part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière... Au bout de quinze à vingt jours, l'harmonie dans l'aspect et les mouvements s'étant rétablie, je dus supposer que l'accident avait été déterminé par la compression du nerf axillaire contre l'humérus, dans le point où il s'accole à la face profonde du muscle deltoïde (1). »

De cette courte discussion, il me semble résulter en définitive que l'observation de Smellie et celle de M. Jacquemier forment, dans l'histoire des paralysies traumatiques du bras, une variété spéciale, distincte de celle des deux premiers cas que j'ai étudiés et par sa localisation au deltoïde, et par la nature de la cause vulnérante, et enfin par une bénignité peut-être plus complète du pronostic.

RAPPORT.

M. BLOT donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Guéniot, ayant pour titre : *Paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait par le forceps.*

Messieurs,

Le fait qui a été soumis à votre appréciation par M. Guéniot est relatif à un cas de *paralysie du bras chez un nouveau-né, extrait à l'aide du forceps.*

L'enfant se présentait en O. I. D. A. ; la tête était parvenue au tiers supérieur de l'excavation, quand notre confrère fit l'application du forceps ordinaire dit forceps Dubois.

La branche gauche, introduite la première, pénétra avec quelque difficulté, l'extrémité de la cuiller se heurtant contre un obstacle imprévu; après quelques tâtonnements, elle put être placée sur le diamètre transversal du bassin ; la deuxième branche pénétra, au contraire, avec facilité; l'extraction, dit M. Guéniot, n'offrit ensuite rien

(1) *Manuel des accouchements*, t. II, p. 168.

d'insolite, si ce n'est des tractions vigoureuses, qui ne lui parurent pas en rapport avec la simplicité apparente de l'opération.

Il est probable que, pendant ces tractions énergiques, un certain degré de pression sur les manches a dû être exercé. Il n'est rien dit, dans l'observation, de l'écartement des manches. M. Guéniot a également omis de nous faire connaître le degré plus ou moins grand d'introduction de l'instrument dans le bassin. Or je serais disposé à croire, sans rien vouloir affirmer à cet égard, que les cuillers avaient été enfoncées un peu trop profondément dans l'excavation relativement au degré d'abaissement de la tête, ce qui pourrait aider à faire comprendre la compression exercée par l'extrémité d'une des cuillers sur la partie latérale du cou, surtout si on suppose une certaine inclinaison latérale de la tête sur le tronc. Notre supposition aurait pu être vérifiée ou au contraire réduite à néant si nous trouvions, dans les détails de l'observation, l'indication précise des parties de la tête auxquelles répondaient les cuillers du forceps. Il n'en est malheureusement pas question. M. Guéniot nous dit seulement que la tête était saisie obliquement, le forceps étant placé aux deux extrémités du diamètre transverse du bassin.

Le point contus répondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, on voyait là une escharre noire, intéressant l'épaisseur de la peau dans l'étendue de 1 centimètre, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze.

La paralysie résultant de cette lésion ne fut reconnue, par la mère, que onze jours après la naissance. Cette paralysie ne portait que sur le mouvement; la sensibilité était conservée; les fléchisseurs paraissaient moins affaiblis que les extenseurs. Il n'existait, d'ailleurs, aucune trace de fracture ni de luxation. Le deltoïde est plus paralysé que les autres muscles du membre supérieur.

Le 25 août (vingt jours après la naissance), une amélioration sensible s'était prononcée. A ce moment, l'enfant quitta l'hôpital des cliniques avec sa mère. Son état général était bon. Pendant le séjour à l'hôpital, le seul traitement appliqué consista dans des frictions avec le vin aromatique, répétées trois fois par jour.

Plus tard, M. Guéniot, malgré ses recherches, ne put revoir ce petit malade.

M. Guéniot rapproche du fait qu'il nous a communiqué un cas douteux de Smellie, et surtout une observation très-curieuse de M. Danyau, publiée en 1851 dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (t. II, p. 148). M. Guéniot rappelle que M. Danyau a expliqué la lésion du plexus brachial par l'inclinaison de la tête fœtale, qui rendait le cou plus accessible à l'extrémité des cuillers du forceps. Mais

ce n'était là qu'une simple hypothèse, car cette irrégularité dans la présentation n'avait pas été constatée directement avant l'application du forceps.

Cette constatation a également manqué dans le fait de M. Guéniot; mais notre confrère est porté à l'admettre également, à cause du temps long pendant lequel la tête est restée élevée, malgré une bonne conformation du bassin et un volume ordinaire de la tête. Une seconde raison porte encore M. Guéniot à admettre cette inclinaison de la tête fœtale : c'est l'obstacle qu'il a trouvé à introduire la première branche. Enfin les résistances insolites et inexplicables autrement qu'a présentées l'extraction le confirment dans cette manière de voir.

De tout cela, M. Guéniot tire cette conclusion, que « l'application directe du forceps sur les côtés du bassin expose l'enfant à la contusion du plexus brachial et à la paralysie, quand, dans les positions obliques du sommet, la tête se trouve inclinée vers l'une ou l'autre épaule. »

D'où il tire ce précepte que, « pour éviter désormais cet accident, il serait opportun de corriger préalablement l'irrégularité de la présentation, et, en cas où cela ne serait pas possible, de préférer à l'application sur les parties latérales du bassin, une application oblique de l'instrument, de telle façon que les cuillers répondissent exactement aux parties latérales de la tête. »

Mais, messieurs, ce conseil est celui qu'on trouve partout, et l'on n'a pas attendu que des accidents analogues à celui signalé par M. Guéniot se fussent produits pour les formuler. En effet, une application du forceps, pour être régulière, doit être faite de telle façon que la face interne des cuillers réponde aux parties latérales de la tête. Ce n'est donc pas là une modification à apporter aux préceptes généralement donnés, c'est tout simplement l'application d'une des règles les plus importantes sur la position qu'on doit donner à l'instrument. Ce précepte est même représenté par des figures dans plusieurs ouvrages, et, en particulier, dans celui de notre regretté collègue Cazeaux. On ne doit jamais l'oublier et ne cesser de s'y conformer, que quand il est absolument impossible de faire autrement. Chacun sait, d'ailleurs, qu'il est facile de reconnaître les cas dans lesquels cette application dite régulière n'est point réalisée. Le grand écartement des manches, alors que le forceps est en place, l'indique d'une manière évidente.

Si, à cette application irrégulière, s'ajoute l'introduction trop profonde des cuillers, on comprend immédiatement comment les extrémités de l'instrument peuvent aller contondre les parties molles du cou.

M. Guéniot pense, à cause de l'amélioration qui s'est produite du onzième au vingtième jour de la naissance, que la guérison complète a dû avoir lieu. Je ne voudrais pas le nier, puisque l'enfant n'a pas été revu ; mais une lésion fonctionnelle du même genre, qu'il m'a été donné d'observer sur une petite fille de trois ans, ne me rend pas tout à fait aussi confiant que notre confrère. A cause de la rareté de ces faits, il ne sera pas sans intérêt d'en donner ici un très-court résumé :

En mars 1865, on amena chez moi une petite fille de trois ans, d'ailleurs parfaitement développée et bien portante, qui présentait une paralysie incomplète du bras, de l'avant-bras et de la main gauches. Cette paralysie portait surtout sur les muscles extenseurs. Le deltoïde écarte incomplétement le bras du tronc ; l'avant-bras est dans un état presque permanent de demi-flexion sur le bras ; les doigts sont assez fortement fléchis dans la paume de la main, et il faut faire un assez grand effort pour les étendre ; la sensibilité est parfaitement conservée. Cette enfant avait été extraite avec le forceps, et elle présente sur la tête et le cou les traces de cet instrument.

Malgré des frictions, des bains et plusieurs autres moyens, la paralysie persistait depuis la naissance. Quelques séances d'électrisation semblèrent d'abord apporter une légère amélioration ; mais, malgré cela, l'enfant, qui a aujourd'hui trois ans et demi, conserve un degré notable de paralysie. Elle ne peut saisir les petits objets, et donner à son membre toutes les directions qu'elle veut. Quand on lui commande certains mouvements du membre infirme, elle fait d'abord effort pour les exécuter, puis, instinctivement, elle prend ce membre avec le membre sain, pour le porter vers les objets qu'on veut lui faire saisir. Si elle parvient à s'en emparer, elle les serre comme convulsivement, et quand il s'agit de les abandonner, une nouvelle lutte mal ordonnée se livre entre les muscles extenseurs et les muscles fléchisseurs.

Je me crois donc autorisé à conclure de ce qui précède que, dans ces sortes d'accidents, il ne faudrait pas porter d'emblée un pronostic trop favorable en promettant, dans un avenir plus ou moins prochain, le rétablissement probable des fonctions dans leur intégrité. Les promesses qu'on ferait à cet égard devraient être toujours accompagnées des plus grandes réserves. Je ne crois donc pas surtout qu'on puisse dire d'une manière générale, avec M. Guéniot, que la paralysie du bras due à la cause qui nous occupe soit une affection réellement bénigne, puisque dans certains cas, comme nous venons de le voir, il peut en résulter pour l'enfant une véritable infirmité.

Malgré les quelques observations critiques qu'elle a suggérées à votre rapporteur, la communication de M. Guéniot n'en offre pas moins un véritable intérêt, par cela même qu'elle ajoute aux faits très-rares déjà connus, un nouvel exemple d'une lésion qui peut résulter d'une application irrégulière du forceps, à savoir la paralysie plus ou moins complète d'un ou des deux membres supérieurs, comme conséquence de la prossion exercée par l'extrémité des cuillers de l'instrument.

En conséquence, messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° La publication dans nos *Bulletins* de l'observation de M. Guéniot ;

2° L'inscription de notre confrère sur la listo des candidats au titre de membre titulaire.

DISCUSSION.

M. DEPAUL. Je ne saurais partager les c. aintes de M. Blot, quant à ce qui touche les paralysies qui résultent des applications de forceps. Les faits de paralysies du bras, consécutives à l'emploi des instruments, ne sont point aussi rares que le pense notre collègue ; j'en connais, pour ma part, trois cas, dont l'un m'est personnel ; j'ai pu suivre les malades, et les accidents ont disparu après un certain temps ; aussi je suis disposé à rapprocher les paralysies du membre thoracique de ces paralysies faciales résultant de l'application du forceps, lesquelles sont ordinairement très-peu graves.

La paralysie du bras tient certainement à une application irrégulière du forceps ; l'imperfection de la manœuvre ne doit pas être rapportée à ce que la tête est fléchie et inclinée sur le côté, mais bien à ce que l'instrument a été appliqué trop loin. Cela est si vrai, que dans les cas de céphalotripsie, alors qu'on agit plus franchement, il n'est pas rare que l'extrémité antérieure de l'instrument arrive jusqu'à l'épaule. C'est ainsi que se sont produits les trois paralysies que j'ai observées. Le forceps avait pénétré trop profondément. La faute de manœuvre que je viens de mentionner se commet fréquemment ; on ne tient pas assez compte, en général, de la hauteur à laquelle se trouve la tête au moment de l'application.

Quant à la gravité de ces paralysies, je pense, comme je l'ai déjà dit, que M. Blot en a exagéré la gravité ; notre collègue nous a parlé d'un fait qu'il n'a point observé à son début, aussi ne peut-il en tirer une conclusion rigoureuse.

M. BLOT. M. Depaul a parfaitement fait ressortir la véritable cause des paralysies du bras à la suite des applications de forceps. L'incli-

naison de la tête a été présentée comme une cause probable et efficiente de l'accident ; j'ai dû mentionner cette hypothèse. Par cela même que la tête s'incline sur le côté, la branche du forceps doit plus facilement atteindre les parties latérales du cou. Je maintiens ce que j'ai dit relativement au pronostic de ces paralysies. M. Guéniot a été trop loin en disant que c'était une affection réellement bénigne ; il n'a observé qu'un fait, et encore n'a-t-il point constaté la guérison. Si ces paralysies guérissent généralement, je crois qu'il est sage d'être toujours réservé, car il est possible que certaines de ces paralysies restent incurables.

ÉLECTION DES MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Résultat du scrutin :

Sont nommés membres correspondants : MM. Delore, Sistach, Viard, Ancelot, Chepelain et Champenois.

M. Mordret a obtenu 12 voix, M. Monteille 5, M. Aubré 4, M. Sarrazin 3, MM. Dauvé et Lambron chacun 2, MM. Delacour, Perret, Dunal, Ancelon, Ferrand et Pénart chacun 1 voix.

RAPPORT.

M. DOLBEAU lit un rapport sur un travail présenté à la Société par M. le docteur de Saint-Germain, et ayant pour titre : *De l'érosion chancreuse.*

Messieurs,

En 1852, dans un livre qui a marqué une ère nouvelle pour l'étude de la syphilis, le docteur Bassereau insistait sur un fait important. Dans la grande majorité des cas, disait-il, 146 fois sur 170 malades observés, la roséole syphilitique est précédée d'un accident localisé qu'il faut désigner sous le nom de chancre érodé ou d'érosion chancreuse. Ces érosions, dit M. Bassereau, sont en général très-circonscrites et d'une forme à peu près arrondie ; on les voit cependant former parfois de larges érosions suppurantes d'une forme non déterminée.

Dans une autre partie de son travail, M. Bassereau ajoutait : ces érosions n'avaient jamais un fond déprimé, assez souvent même elles devenaient saillantes ; elles s'éloignaient de la définition classique du chancre induré, etc.

Le docteur Bassereau était, messieurs, le premier syphiliographe qui déclarait que le chancre infectant, loin d'être un ulcère taillé à pic, consistait le plus souvent en une petite surface plus ou moins

dure, simplement érodée. Que ce fût la peau ou une muqueuse, l'ulcération ne comprenait pas toute l'épaisseur de la membrane, mais la couche la plus superficielle; l'épiderme seul semblait manquer. Malgré cela, on persiste encore à décrire le chancre induré comme un ulcère plus ou moins creux, exceptionnellement représenté par une surface érodée, le chancre parcheminé de M. Ricord.

Pour tous ceux qui ont bien observé, le symptôme initial de la vérole est le plus souvent une simple érosion très-circonscrite et arrondie. L'ulcère superficiel, que nous connaissons tous, est ordinairement supporté par une base dure, première manifestation de l'infection syphilitique. Tel est le chancre classique, le chancre induré, le chancre infectant.

Dans quelques cas moins rares que ne le ferait supposer le silence des auteurs classiques, le chancre syphilitique se montre sous une apparence bien différente. Ce sont de larges excoriations de forme irrégulière, consistant en des surfaces planes, de niveau avec les parties saines environnantes. Ces larges érosions ne s'accompagnent pas, ou du moins cela est l'exception, de l'induration dite caractéristique. Ces larges érosions chancreuses peuvent occuper le fourreau de la verge, le scrotum, la peau de l'abdomen; j'en ai vu sur les côtés du nez, sur le pavillon de l'oreille, sur la lèvre inférieure, sur les membres, souvent sur la fourchette vulvaire.

Il faut avoir vu ces érosions pour ne s'y point tromper, il faut en connaître l'existence pour ne point interpréter faussement une manifestation aussi importante de la vérole constitutionnelle.

M. le docteur de Saint-Germain, frappé de l'importance de ce symptôme, a réuni de nombreuses observations qui lui ont permis de vous présenter une description exacte, prise d'après nature, et de vous lire un travail intéressant sur l'érosion chancreuse non indurée. Il ne s'agit pas, je le répète, du chancre érodé à base dure, mais d'un chancre infectant caractérisé surtout par une érosion très-superficielle ordinairement large et sans forme bien déterminée.

L'érosion chancreuse, dit M. de Saint-Germain, doit être envisagée quant à son centre et quant à ses bords. « Le centre est d'un rouge vif, d'un niveau très-égal. La couleur est à peine ternie, çà et là, par quelques gouttelettes d'un pus à peu près incolore. » — « Les bords ne présentent aucune différence de niveau avec le centre de l'érosion chancreuse; ils se confondent au contraire d'une manière insensible, sans que l'investigation la plus rigoureuse, pratiquée directement ou obliquement, puisse faire constater la moindre différence de niveau. Les bords sont donc complétement plats, mous, sans le moindre décollement; ils se continuent insensiblement, d'une part, avec l'ul-

cération elle-même, d'autre part, avec les téguments circonvoisins. »

Relativement à la base de l'érosion, voici ce que dit l'auteur du mémoire : « Lorsqu'on presse les bords, on ne constate aucune dureté ; il en est de même lorsqu'on tient en masse l'érosion entre le pouce et l'index. » — « Nous avons, à plusieurs reprises, répété cet examen, en cherchant notamment cette induration parcheminée que M. Ricord a décrite. Mais je puis affirmer, dit M. Saint-Germain, qu'il nous a été complétement impossible de constater ce symptôme. Il existe, au-dessous de l'érosion, une mollesse absolue. » — « Je vais même plus loin ; l'induration ne se manifeste à aucune des périodes de cette érosion, qui ressemble en tout point à un vésicatoire volant vers le deuxième jour, alors que l'épiderme est complétement détaché et que le corps muqueux se trouve mis à nu et qu'il est légèrement enflammé. »

Vous le voyez, messieurs, par ces diverses citations, empruntées au travail de M. de Saint-Germain, il ne s'agit pas ici du chancre érodé, que nous connaissons tous comme le type de l'ulcère infectant avec sa base dure plus ou moins épaisse, mais bien d'une érosion simple qui mérite certainement d'être décrite à part. Nous ne saurions donc remercier d'une manière trop complète notre confrère de nous avoir adressé son intéressant travail.

L'érosion chancreuse s'accompagne toujours d'accidents constitutionnels, et cela dans un temps assez rapide. Les observations qui vous ont été lues ici démontrent que la vérole qui débute par l'érosion est, en général, assez intense. Toutes ces considérations ont conduit M. de Saint-Germain à se demander s'il ne serait pas sage d'instituer le traitement antisyphilitique aussitôt que l'érosion a été nettement constatée. Je ne saurais, pour ma part, accepter cette manière de voir, car je considère comme démontré que le traitement mercuriel n'empêche pas l'apparition des accidents secondaires. Quelques syphiliographes ont bien avancé que le traitement préventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifestations de la vérole ; c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer par des preuves : une simple assertion me paraît insuffisante, alors qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mercure.

On peut le plus souvent, comme vous le savez, messieurs, affirmer, à la simple inspection de l'accident primitif, que l'économie est déjà imprégnée et que les accidents secondaires ne tarderont pas à se manifester. Faut-il, pour cela, commencer le traitement avant l'apparition de la roséole ou des plaques muqueuses ? Pour ma part, je n'hésite pas à me prononcer contre cette manière de faire. Je crois

qu'il n'y a pas d'inconvénients à attendre, et qu'il y a avantage à juger du degré de la syphilis par la nature et l'intensité des accidents qui l'accompagneront. Je crois, avec M. Bassereau, que l'accident primitif peut nous renseigner approximativement sur ce que sera la vérole; mais j'aime à voir le développement naturel de l'infection, j'aime à baser le pronostic de la syphilis surtout sur la forme et la nature des accidents secondaires.

Le mercure n'empêche pas le développement des accidents syphilitiques; il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la diathèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades; le traitement préventif ne les met pas à l'abri des accidents; il retarde ceux-ci, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. On pourrait même citer des observations dans lesquelles le traitement mercuriel n'a pas empêché le développement de ces syphilides qu'on a justement désignées sous le nom de syphilides malignes précoces. Bien plus, dans tous ces cas, on s'accorde à considérer le mercure non-seulement comme insuffisant, mais encore on l'éloigne comme un médicament nuisible.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette question. Mais avant d'aller plus loin, je conclus que rien n'autorise à faire pour l'érosion chancreuse ce que l'expérience a démontré peu utile pour le chancre infectant envisagé d'une manière générale. Quelques observateurs ont même avancé que l'érosion correspondait à la forme bénigne de la syphilis; ce serait une raison de plus pour s'abstenir.

Ce qui précède m'amène tout naturellement à poser deux questions. Peut-être m'aiderez-vous, messieurs, à les résoudre. Dans tous les cas, vous trouverez, j'espère, comme moi, qu'il était utile que cet intéressant problème fût posé devant la Société de chirurgie.

Faut-il traiter la syphilis? Quel est le meilleur traitement de la syphilis?

Messieurs, nous ne voyons guère plus, de nos jours, ces formidables désordres que provoquait, il y a deux ou trois siècles, l'introduction dans l'économie du virus syphilitique. Au XIX[e] siècle, on ne meurt guère plus de la vérole. Faut-il en conclure que la vérole est mieux connue, mieux traitée? Cela est exact; mais là n'est pas toute la vérité. Pourquoi ne pas admettre que le virus syphilitique s'est modifié et épuisé en se transmettant de génération en génération, et cela à la manière du virus vaccin? L'expérience n'a-t-elle pas démontré que ce dernier virus s'était profondément affaibli, et qu'il était bien consolant pour l'humanité, que de nouvelles éruptions de cow-pox eussent permis de régénérer ce précieux préservatif de la variole?

La question est fort complexe. Mais je crois que l'on peut admettre que la syphilis a diminué d'intensité, que généralement elle est bénigne, et que les divers degrés de la vérole peuvent être mis sur le compte des individus, ou, si vous l'aimez mieux, que l'influence du terrain est grande sur le développement de ce virus absolument affaibli.

Je l'ai déjà dit, et cela après beaucoup d'autres observateurs plus compétents, il y a vérole et vérole, faible, moyenne et forte. C'est pourquoi il est utile, pour juger du degré de l'infection sur tel ou tel individu, de laisser la syphilis suivre son évolution normale sans la modifier par un traitement préventif. Mais voici les accidents secondaires arrivés; la roséole, les plaques muqueuses témoignent surabondamment de l'infection syphilitique. Faut-il faire un traitement? C'est, messieurs, ce que nous avons tous fait. Faut-il donner du mercure? C'est probablement votre pratique à vous tous, mais ce n'est plus la mienne.

Quand je réfléchis, messieurs, que je connais, et vous aussi bien certainement, des individus qui ont eu un chancre suivi de roséole, et qui n'ont plus eu de manifestations, quoiqu'ils n'aient suivi aucun traitement; quand je compte les observations nombreuses de syphilis non traitées qui se présentent journellement, à notre observation, à la dernière période de l'évolution; je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium, quoique les malades n'aient jamais subi aucun traitement mercuriel; — quand, enfin, je repasse dans mon esprit les nombreux cas de récidive que j'ai observés après les traitements les mieux faits, je me demande à quoi sert le traitement mercuriel.

Messieurs, je ne viens pas ici faire encore une fois le procès au mercure. Nous savons tous les inconvénients inhérents à la médication mercurielle : chloro-anémie, défibrinisation du sang, stomatites, etc., etc. Tout cela n'est rien pour qui sait manier ce bon médicament. Mais à quoi sert le mercure contre la syphilis ? — J'ai vu, à Lourcine, des femmes qui avaient été traitées par mes prédécesseurs, Cullerier, Bauchet, MM. Verneuil, Simonet, etc.; elles avaient pris des préparations mercurielles pendant des semaines, des mois, et elles se présentaient toutes avec l'éternelle plaque muqueuse qui s'observe avec tant de libéralité dans l'hôpital que je viens de citer. A quoi avait servi le traitement? Je n'en sais rien.

La vérole a diminué d'intensité, elle eût été bien autre sans le traitement: voici la réponse qu'on sera peut-être tenté de faire à ma question. Mais ce n'est pas là un argument, ainsi que je vous l'ai déjà dit.

Quelques-unes des malades traitées à Lourcine ont certainement

guéri, mais il reste à démontrer que celles-ci n'étaient pas dans la catégorie des individus dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, et qui guérissent de la syphilis spontanément en dehors de toute médication spéciale.

Abandonnez vos malades sans traitement, ils guériront de leurs accidents secondaires; mais attendez la fin, et vous verrez. Voilà, messieurs, une sentence que m'ont souvent formulée les disciples de l'école du Midi. La question vaut la peine d'être résolue, j'ai comme vous une conscience qui parle, et je veux être en paix avec moi-même. Creusons donc plus avant le sillon :

1° Certains malades guérissent définitivement et par les seuls efforts de la nature ; 2° beaucoup de sujets, non traités par le mercure, se montrent journellement dans les hôpitaux généraux avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit presque toujours et parfois même avec une rapidité merveilleuse.

Voilà deux arguments qui permettent d'être plus en paix avec soi-même, en supposant qu'on ne donne pas de mercure aux individus qui ne sont encore qu'au début de la vérole.

Il reste les cas de syphilis malignes, mais vous savez que les toniques sont seuls employés, et que dans ces cas les préparations mercurielles sont nuisibles de l'aveu de tous les praticiens.

J'attends des preuves en faveur du traitement mercuriel. Ce que j'ai vu m'a peu convaincu de l'efficacité de cette thérapeutique ; non pas que je nie l'action du mercure, mais je crois que les sels mercuriels modifient l'évolution de la syphilis, la retardent peut-être, mais qu'ils ne la guérissent jamais. Pourquoi ne pas supposer que la syphilis abandonnée à elle-même subit une évolution naturelle ? Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires. On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.

La syphilis abandonnée à elle-même peut guérir, ou arriver sans encombre jusqu'à la période tertiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et ils arrivent comme les autres à la période des gommes et des exostoses. Voilà les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel.

Depuis plusieurs années j'ai expérimenté le bichromate de potasse comme antisyphilitique. Permettez-moi, messieurs, de vous exposer le plus brièvement possible le résultat de mes observations à ce sujet. Vous verrez que mes conclusions ne sont pas exclusives, mais qu'il y a peut-être là un nouvel argument contre la médication mercurielle.

En 1863, un jeune homme dont je connais la famille et que j'ai l'occasion de revoir fréquemment, vint me consulter pour un chancre induré de la verge avec pléiades inguinales, roséole très-évidente, plaques muqueuses de l'isthme du gosier. L'infection remontait à cinq semaines ; je prescrivis à mon client les pilules de protoïodure à la dose de cinq centigrammes chaque matin. Deux jours après, le malade revenait avec une stomatite intense, de la salivation. Je fis suspendre, et bientôt nous recommencions l'usage des pilules. Les mêmes accidents reparurent, mais j'exigeai que le malade continuât l'usage du médicament, espérant que la tolérance s'établirait bientôt. Il fallut cependant s'arrêter, car la salivation était extrême, le malade souffrait énormément, l'état général laissait à désirer.

Les purgatifs, le chlorate de potasse firent cesser les accidents, mais il fut nécessaire de continuer l'usage de ces moyens pendant plus d'un mois.

Dans cet intervalle, des plaques muqueuses s'étaient montrées su le scrotum, à la marge de l'anus. Je conseillai la liqueur de Van-Swieten, à la dose de 10 grammes chaque jour, dans une tasse de lait. La stomatite reparut bientôt, et il me fut impossible de continuer l'usage du sublimé.

J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le docteur Leroux, chirurgien adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de potasse. Les résultats étaient satisfaisants et les accidents se réduisaient à quelques troubles gastriques de peu de durée.

J'ordonnai donc à mon malade des pilules de bichromate de potasse. Cette nouvelle médication fut bien tolérée, et au bout de six semaines, c'est-à-dire cinq mois après le début des accidents, toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Je fis prendre à mon malade l'iodure de potassium pendant un mois ; je lui conseillai les bains sulfureux. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, aucun symptôme syphilitique n'a pu être constaté de nouveau.

L'année suivante, janvier 1864, un de nos artistes les plus distingués vint me consulter pour des plaques muqueuses répandues à toute la surface des téguments ; quatre mois avant, il avait contracté un chancre qui avait duré sept semaines.

La syphilis était évidente, je le déclarai et j'engageai le malade à prendre du mercure. Quoique très-intelligent, mon artiste me débita toute espèce de sottises sur les effets funestes du mercure ; il avait lu, disait-il, les ouvrages de Raspail, et déclarait qu'il ne voulait point

se traiter par les sels de mercure. En présence de cette opposition, je songeai au bichromate. Cette médication fut acceptée, et après deux mois et demi tous les accidents cessèrent. La cure fut terminée par l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Depuis, le malade, que j'ai revu bien des fois, n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques.

Presque en même temps je traitai, par le bichromate, un jeune homme qui m'était adressé par un médecin d'Enghien. Il guérit bien d'un chancre et de plaques muqueuses des amygdales. Le traitement dura au moins deux mois. J'avais perdu de vue ce malade, lorsque je l'ai rencontré, l'été dernier, à l'Hôtel-Dieu; il était devenu étudiant en médecine, et j'ai pu savoir que la guérison persistait ; la santé générale est excellente.

J'ai également guéri, après quatre mois et demi de traitement par le bichromate, un homme de soixante ans qui portait un large chancre de la lèvre inférieure avec plaques muqueuses de la gorge et roséole. J'ai revu le malade il y a quelques jours ; il est toujours bien. L'observation a été recueillie à l'Hôtel-Dieu où le malade a fait un séjour de six mois.

J'avais parlé de ces faits dans une leçon clinique ; l'un de mes auditeurs, étudiant en droit, me fit visite, s'offrant de constater sur lui-même les effets du bichromate de potasse ; il avait un chancre, des plaques muqueuses de la gorge et de la peau, des croûtes dans les cheveux, etc.

La guérison de tous ces accidents a eu lieu après trois mois de traitement. J'ai revu mon malade et je suis certain qu'il ne manquerait pas de me prévenir si la récidive survenait.

En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus et extra*. Dans la seconde on donnait la liqueur de Van-Swiéten. Toutes ces syphilitiques ont été également débarrassées de leurs accidents, peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bichromate de potasse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que les récidives s'observaient journellement à l'hôpital de Lourcine, quoique les malades eussent fait un traitement mercuriel pendant deux et trois mois. Il était donc désirable de savoir dans quelles proportions les récidives auraient lieu après l'usage du bichromate de potasse. A ce sujet j'ai fait des recherches dont voici les résultats.

Les malades de Lourcine sont assez fidèles à l'établissement ; quand elles sont atteintes de nouveaux accidents, il est rare qu'elles ne se

présentent pas de nouveau. On peut donc en consultant les registres de l'hôpital estimer approximativement le nombre des récidives.

131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon service pendant l'année 1865; sur ce nombre, 80 ont pris le traitement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour des récidives; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. 51 femmes ont pris le bichromate de potasse, et sur ce nombre il y a eu 30 récidives.

Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les cas. Je donne les chiffres tels que je les ai recueillis.

Ne croyez pas, messieurs, que mes conclusions soient favorables à l'emploi du bichromate de potasse; non, je suis et je veux rester dans le doute. Mais ce que je puis affirmer, c'est que l'usage de ce médicament a été sans inconvénient, qu'il n'a pas empêché les accidents de disparaître, et que par conséquent on peut en conseiller l'essai.

Je terminerai donc en posant un dilemme : 1° ou bien le bichromate de potasse est un antisyphilitique, ou bien il est sans action sur la vérole; 2° si le bichromate est un antisyphilitique, il est préférable au mercure, qui a des inconvénients multiples; mais si le bichromate est sans action sur la vérole, il faut conclure que cette maladie abandonnée à elle-même peut suivre son évolution et guérir spontanément, sans l'intervention des préparations mercurielles.

Dans ce qui précède je n'ai fait allusion qu'aux faits les plus ordinaires, j'ai laissé de côté les exceptions; car si, pour juger une pareille question, on entrait dans l'exposé des faits particuliers, anomaux, il serait impossible d'arriver à une solution de l'intéressant problème que j'ai cru devoir poser devant la Société.

Messieurs, sans sortir de la règle, en prenant pour terrain de discussion ce qui se passe sous nos yeux, dans les hôpitaux, et en laissant de côté ces histoires plus ou moins problématiques qui prennent leur origine dans la pratique de la ville, on peut formuler une opinion sur le traitement de la syphilis. Mais, direz-vous, nous avons guéri, nous guérissons tous les jours des malades par l'emploi du mercure. A cela je réponds : moi aussi, j'ai observé des faits semblables, mais de plus j'ai guéri avec le bichromate; j'ai vu des malades qui avaient guéri tout seuls et qui n'avaient que des accidents tertiaires, lesquels cédaient merveilleusement à l'iodure de potassium. Que conclure, je vous le demande? Je n'ose le faire; j'attends que l'expérience de chacun de vous vienne, non pas pour me donner raison, mais bien qu'elle éclaire d'un jour tout nouveau la question si délicate que je vous soumets.

J'ai besoin de vous dire, messieurs, en terminant, que j'ai été précédé dans cette direction par des observateurs éminents, et en particulier par M. Diday (de Lyon).

Messieurs, si cette lecture a pu vous offrir de l'intérêt, j'ose espérer qu'elle disposera favorablement vos suffrages en faveur de M. le docteur Saint-Germain, dont je prends la liberté de vous recommander la candidature.

DISCUSSION.

M. DESPRÉS. La question soulevée par M. Dolbeau me paraît d'un très-grand intérêt. Je partage les opinions de notre collègue M. Dolbeau sur le peu d'efficacité du traitement mercuriel, je vais même un peu plus loin que lui. Je produirai ici la statistique des observations de mon service, à l'hôpital de Lourcine, et je puis dire à l'avance que les malades traitées par moi, au moyen d'un traitement tonique et réparateur, ne sont pas plus revenues à l'hôpital que celles qui avaient été soumises au traitement mercuriel chez MM. Jaccoud et Panas, mes collègues ; l'un donnait du sublimé, l'autre du proto-iodure.

Le traitement mercuriel est donné empiriquement, il faut le juger aujourd'hui par des observations.

En attendant, je puis dire que j'ai traité des malades par le mercure et que la récidive est survenue aussi promptement chez elles que chez celles qui n'avaient fait aucun traitement. J'ai reçu aussi dans mon service des malades qui sont entrées à l'hôpital anémiques et avec une récidive après avoir pris régulièrement 250 et 300 pilules de proto-iodure ; ceci me permettra de demander plus tard aux partisans du mercure ce qui constitue un traitement régulier et bien complet.

M. GUÉRIN. J'ai écouté avec grand intérêt le rapport lu par M. Dolbeau ; je craignais d'abord de me trouver en opposition avec notre collègue relativement à l'action thérapeutique du bichromate de potasse, mais ses conclusions sont absolument très-réservées, et je suis d'avis qu'il faut attendre de nouvelles observations avant de conclure.

J'entends M. Dolbeau et après lui M. Després émettre la proposition que le mercure serait à peu près inutile dans le traitement de la syphilis, et cela à cause de la fréquence des récidives. C'est une erreur de croire qu'on peut guérir la vérole en quelques mois ; le retour des accidents, c'est la règle, et il est même impossible de préciser combien il faudra de temps pour guérir définitivement les individus infectés. Il ne faut pas conclure des récidives à l'insuffisance du mercure ; si les malades ne guérissent point, c'est le plus souvent parce

qu'ils se refusent à persévérer dans la médication. Les accidents secondaires guérissent d'eux-mêmes après un temps qui varie, mais certains d'entre eux sont rebelles au mercure tout aussi bien qu'au bichromate de potasse.

J'ai vu des malades qui n'avaient point été traités, je les ai observés, et loin d'être partisan de l'expectation, je crois que plus on attend et plus la guérison de la vérole est chose difficile. Les recherches de M. Bassereau sont surtout précieuses en ce sens qu'on peut, par l'examen des accidents primitifs, la couleur du chancre, les engorgements ganglionnaires multiples, etc., reconnaître la maladie et instituer un traitement immédiat, car, je le répète, l'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'on commence plus tôt; alors l'économie n'est point aussi profondément imprégnée.

Les préparations mercurielles et spécialement le proto-iodure ne produisent pas la salivation pourvu qu'on engage les malades à se gargariser dès le début du traitement. Je repousse les frictions à cause de la difficulté de doser le médicament.

Les conclusions de M. Dolbeau sont très-réservées sans doute, mais je tenais à formuler mon opinion sur le traitement de la syphilis.

La Société décide, sur la proposition de M. Verneuil, que la discussion sur le traitement de la syphilis sera différée jusqu'au moment où le rapport de M. Dolbeau aura été imprimé.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société qu'une demande signée de vingt membres vient d'être déposée sur le bureau. Cette demande, qui a pour but de nommer membre honoraire de la Société M. le professeur Henri Boulay, est renvoyée à une commission de cinq membres afin qu'il soit fait un rapport.

COMMUNICATION.

M. PANAS présente une malade qu'il a traitée d'un kyste hydatique de l'abdomen au moyen d'un trocart qu'il a imaginé. M. Panas désire faire constater la guérison, se réservant de développer sa communication ultérieurement.

M. BOINET. Je crois devoir faire remarquer qu'on trouve dans l'abdomen de la malade, actuellement présentée, une grosseur assez notable qui renferme, suivant moi, une certaine quantité de liquide.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que M. Philipeau assiste à la séance. Il ajoute que M. le professeur Velpeau est actuellement rétabli de son indisposition.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance ;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

Le tome XXXI du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris ;*

Le tome XXVII (2e partie) des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine ;*

Le tome XVII des *Transactions of the pathological society of London ;*

Le *Catalogue of the pathological museum of Saint-Georges hospital,* 1866 ;

Le tome II du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux,* par M. le docteur Wecker ;

La *Médecine militaire en France et en Amérique,* par le docteur E. Goze, médecin principal de 1re classe ;

Le *Manuel d'opérations chirurgicales,* par le docteur Dubrueil, prosecteur de la Faculté, 1er fascicule. *Ligatures d'artères.*

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire sur les hémorrhagies produites par les polypes fibreux de l'utérus, et une observation de fracture du fémur, par le docteur Rousse de Fontenay (Vendée). (Commission : MM. Guyon, Trélat, Tarnier.)

Une observation de kyste osseux de la paupière supérieure, par M. le docteur Rizet, médecin-major au 1er régiment d'artillerie. (Rapporteur : M. Perrin.)

Une lettre MM. Robert et Collin, accompagnant l'envoi d'un spéculum laryngien ayant beaucoup de rapport avec celui du docteur de La Bordette (de Lisieux).

MM. Chassaignac et Forget écrivent pour demander une prolongation de congé.

COMMUNICATION.

Fracture comminutive de la voûte du crâne. — Hernie du lobe antérieur du cerveau. — Pas de paralysie. — Conservation des facultés. — Fracture du rocher par continuité. — Pas d'écoulement sanguin ni séreux par l'oreille.

M. A. GUÉRIN. Permettez-moi de vous communiquer une observation qui trouverait sa place naturelle entre les discussions relatives au diabète traumatique et au trépan.

Il s'agit d'un homme qui, dans une chute du second étage, se fractura le crâne avec enfoncement et destruction d'une masse considérable du cerveau.

L'observation, qui a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Reverdin, un de mes internes, vous dira que cet homme, dont le crâne a subi une perte de substance considérable, a eu, pendant vingt-trois jours, le lobe antérieur droit du cerveau exposé à l'air; que, sous l'influence de la suppuration et de la contusion, tout ce lobe a perdu sa consistance et paraît frappé de gangrène, et que, malgré cette destruction, la mémoire et les autres facultés intellectuelles ont été conservées.

La polydipsie, dont le malade a souffert durant le cours de sa maladie, doit être rapprochée du diabète, bien que l'on n'ait pas constaté de sucre dans l'urine.

On est étrangement surpris en apprenant que la destruction de tout un lobe du cerveau n'a pas suffi pour causer la mort, et l'on ne peut trop déplorer que l'infection purulente soit venue mettre un terme à une observation qui eût encore présenté un intérêt plus grand, au moment de l'élimination des parties mortifiées, car, en examinant les pièces que je mets sous vos yeux, vous constaterez avec moi que là où la dure-mère est devenue adhérente au cerveau il y a déjà un commencement de travail de réparation. Cette adhérence établit une ligne de démarcation entre le mort et le vif, et l'on se demande ce qui serait arrivé si l'infection purulente ne s'était pas produite. Le cerveau se serait-il cicatrisé et par quel mécanisme cette cicatrisation se serait-elle opérée?

Telle qu'elle est, cette observation est intéressante au point de vue du pronostic; elle prouve que l'on peut vivre longtemps avec une lésion profonde de certaines parties de l'encéphale; elle n'offre pas moins d'intérêt pour la physiologie, puisque la destruction du lobe

antérieur droit n'a causé ni la perte de la mémoire que Gall avait localisée dans la région sourcilière, ni la coordination de la pensée, puisque le malade a toujours répondu à nos questions de la manière la plus précise.

Parfois, il a eu un vague délire, mais sa pensée n'a jamais été troublée que par instants fort courts. S'il a conté je ne sais quelle histoire à l'interne qui l'interrogeait, il a toujours, à l'heure de la visite, fait preuve de présence d'esprit, et souvent il s'est montré rusé pour se soustraire aux opérations et pour avoir les aliments et les boissons qu'il désirait.

Enfin il n'était pas aphasique, bien que la troisième circonvolution eût été grandement compromise; mais la lésion était à droite, et nous savons qu'un de nos collègues a soutenu que la circonvolution du côté gauche préside seule à la faculté du langage.

L... (Pierre), âgé de vingt-cinq ans, serrurier, entré le 25 janvier 1867. Mort le 17 février. Autopsie le 19 février.

Le 25 janvier, étant à son ouvrage, cet homme tombe d'un second étage; il dit n'avoir pas perdu connaissance, mais il ne se souvient pas de ce qui s'est passé alors. Il entre le soir à l'hôpital.

On trouve, dans la région frontale droite, deux plaies dont les bords sont assez nettement coupés; l'une, longue de 4 centimètres environ, dirigée horizontalement à 6 centimètres au-dessus du sourcil; la seconde, oblique en bas et en dedans, a une étendue de 3 centimètres, et se termine à 3 centimètres de la queue du sourcil droit.

Toute la partie droite de la face est considérablement tuméfiée; la paupière supérieure abaissée et violacée; la vue est nette; on soupçonne une paralysie faciale, mais le gonflement empêche de s'en assurer d'une façon certaine; le malade dit que les bruits de la salle résonnent dans sa tête d'une façon pénible.

La palpation fait reconnaître, au niveau des plaies, une crépitation assez fine, et il s'écoule du sang, de sorte que, la tuméfaction masquant l'état des os, on pourrait penser que l'on a affaire ici à de la crépitation sanguine; cependant, au niveau de l'apophyse orbitaire externe, cette crépitation paraît nettement osseuse.

Pendant la nuit, le malade repose bien, mais à six heures il se lève et vomit des matières mélangées de sang, du moins à ce que disent les gens de service; la religieuse nous dit, en outre, que la plaie a donné issue à des matières blanches, ressemblant à de la cervelle. Hier soir, il paraît que le malade a eu une épistaxis. Aucun écoulement sanguin ou séreux ne se fait par les oreilles.

Le matin (26 janvier), le pouls est à 88, plein, la peau chaude ; le malade est couché sur le dos, parfaitement calme, les yeux fermés, mais dès qu'on l'interroge, il regarde et répond bien, un peu lentement, il est vrai, et en se faisant souvent répéter la question.

Céphalalgie violente, sensibilité et motilité des membres parfaitement intactes.

On panse les plaies avec des compresses imbibées d'eau pure et recouvertes d'une vessie en caoutchouc renfermant de la glace. Deux bouillons.

Pendant la nuit suivante, le malade est agité et a du délire ; ce qui force à lui mettre la camisole.

Le 27, les douleurs de tête continuent, sans fièvre ; M. Guérin lui fait faire une saignée de trois palettes pour prévenir les accidents cérébraux.

Le 28, la somnolence continue, l'intelligence est toujours nette, les réponses un peu lentes, pas de fièvre ; le malade n'a pas été à la selle. Calomel, 1 gramme.

Le soir, nous constatons l'issue de substance cérébrale par la plaie. La paupière droite reste toujours abaissée, et si on la relève, elle retombe aussitôt ; la pupille est très-dilatée ; l'œil, projeté en avant, immobile et la conjonctive sans ecchymose, mais très-hyperhémiée. Les douleurs de tête persistent très-vives. Le lendemain, on est obligé de renouveler la dose de 1 gramme de calomel.

Le 30, le pouls est toujours plein, peu accéléré, les réponses sont un peu plus lentes, la langue chargée, et le malade commence à se plaindre d'une soif vive, qui ne fait que croître les jours suivants et dure jusqu'à quelques jours avant la fin. Cette polydipsie fait soupçonner, chez lui, l'existence possible d'un diabète dû à la lésion cérébrale. Il boit, dans les vingt-quatre heures, une quantité de liquide qui monte à six ou huit litres ; la quantité d'urine rendue dans le même temps, et mesurée le 7 février, montait à trois litres et demi environ. Cette urine est assez colorée, et, examinée par l'interne en pharmacie, elle n'a pas présenté trace de sucre. La quantité d'urine rendue ne paraît pas en rapport avec celle des liquides absorbés, et pourtant le malade ne sue pas, et demande l'urinoir ; mais comme il laisse aller souvent ses matières fécales sous lui, il est probable qu'une certaine quantité d'urine est rendue en même temps. Sa soif n'est pour ainsi dire jamais assouvie ; dès qu'on s'approche de son lit, il demande à boire, et, son verre vidé, il en demande un second.

Le 30, on lui fait prendre 0gr,05 de tartre stibié dans un pot de tisane.

Le soir, il a, au rapport de la religieuse, des convulsions des

membres et de la face, qui ne durent qu'une minute à peine, et pendant la nuit il est un peu agité. (Les parents, interrogés, ont affirmé qu'il n'a jamais eu d'attaques d'épilepsie.)

Pendant la journée, il est toujours somnolent ; l'intelligence paraît un peu plus troublée ; il répond toujours bien, mais il joint à ses réponses très-lucides des récits extravagants, il nous parle du roi Henri qui est son frère, dit-il, et à qui il a fait une statue ; un autre jour, c'est son propriétaire qui lui a envoyé 30,000 francs, ou bien il a faim et veut se lever pour faire des crêpes. Ce demi-délire n'a, du reste, rien de violent et persiste, plus ou moins marqué, jusqu'aux derniers jours du malade.

Quant aux phénomènes de paralysie, voici ce qui a été observé : à mainte reprise nous avons pincé la peau des membres supérieurs et inférieurs, nous lui avons fait faire des mouvements ou serrer nos mains, et jamais nous n'avons pu constater rien d'anomal. Mais il n'en est pas de même de la face. Le gonflement ayant disparu peu à peu, il est devenu parfaitement évident que la moitié gauche de la face restait tout à fait immobile ; les paupières de l'œil gauche restaient toujours entr'ouvertes quelques, efforts que fît le malade pour en compléter l'occlusion ; d'un autre côté, aucun écoulement sanguin ou séreux par l'une ou l'autre oreille ; un jour seulement on trouva un peu de sang desséché sur le pavillon de l'oreille gauche, mais il ne venait pas du conduit auditif, mais probablement des plaies.

M. Guérin est amené, par la constatation de ces faits, à diagnostiquer une fracture du rocher gauche, ce que l'autopsie a du reste vérifié.

Du côté droit pas de paralysie faciale. Mais l'œil est fortement projeté en avant ; la conjonctive est boursouflée, injectée ; la paupière abaissée, la pupille plus dilatée qu'à droite, et cela très-largement ; de plus, l'œil est immobile ; en présentant une lumière devant celui-ci, en tenant la paupière relevée et en portant cette lumière en divers sens, le malade fait des efforts inutiles pour suivre ces mouvements ; cependant la vue est intacte, il compte les doigts qu'on lui présente et reconnaît les objets. Cet état a persisté jusqu'à la fin, si ce n'est qu'une ou deux fois nous avons vu l'œil pouvoir exécuter des mouvements très-bornés en haut et aussi en dehors. Il est probable que le nerf moteur oculaire commun est altéré de quelque façon ; peut-être aussi les autres nerfs moteurs de l'œil.

Cela dit, nous reprenons les faits observés jour par jour.

Le 1er février, le pouls est à 88 ; les réponses sont lucides, mais le malade nous fait les récits dont nous avons parlé. Le gonflement a disparu et la paralysie faciale est bien nette.

M. Guérin agrandit la plaie externe et retire un fragment semblant provenir de la partie externe du rebord orbitaire. On voit alors, au fond de la plaie, le cerveau agité de mouvements isochrones au pouls. M. Guérin lie quelques artérioles et fait faire un pansement au cérat, recouvert toujours par la vessie pleine de glace.

Le lendemain, le pouls n'a pas changé, et le malade dit avoir faim. Les plaies suppurent. Même état mental.

Le 3, M. Guérin agrandit la seconde plaie et tente en vain d'extraire un fragment qui paraît mobile, mais qui est engagé entre les fragments voisins, de manière à faire craindre de blesser le cerveau si l'on employait la force nécessaire pour l'extraire. En portant le doigt au fond de la plaie, on sent très-bien plusieurs portions d'os enfoncées au-dessus et en dehors de l'orbite.

Le 4, les plaies suppurent assez abondamment ; le pus est en contact avec les circonvolutions mises à nu et commençant à faire hernie par la plaie ; la paupière supérieure droite est toujours abaissée, quoique le gonflement de la face ait disparu. La somnolence persiste, mais on en tire toujours facilement le malade ; il se plaint de la soif et de la faim. Une côtelette.

Le 6, pouls, 104. Peau modérément chaude ; langue blanche.

Le 8, la paupière supérieure droite est rouge, douloureuse, tuméfiée et fait une saillie considérable. M. Guérin extrait, par la plaie interne, un fragment de 2 centimètres de long, sur 1 centimètre et demi de large. Suppuration abondante.

Le soir, le pouls bat à 108 ; il se maintient au même chiffre le lendemain. La paupière est encore plus tuméfiée, le sillon orbito-palpébral supérieur est tout à fait effacé et remplacé par une surface convexe. On sent, en introduisant le doigt par la plaie externe, une ouverture de la boîte crânienne de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords irréguliers, et on arrive sur le cerveau baigné par le pus, sans interposition de la dure-mère.

Le 10, M. Guérin extrait du fond de la plaie deux petits fragments de bois. Tisane de chicorée : le malade la boit avec avidité.

Le 11, pouls à 104. En explorant les deux plaies avec le doigt, on trouve, en allant de dehors en dedans, l'ouverture mentionnée, puis un fragment enfoncé après lequel en vient un autre qui l'est moins ; il occupe la partie interne de la plaie externe et s'étend jusqu'à la plaie interne. M. Guérin réunit les deux plaies et extrait ce fragment mobile, mais adhérent au périoste par sa partie supérieure, on l'en détache assez facilement, sauf en haut, où il faut le couper ; ce fragment anguleux a 5 centimètres de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur ; un second fragment de 1 centimètre et demi de

longueur sur 1 centimètre un quart de largeur, placé en dehors du précédent, est extrait sans difficulté. En portant le doigt en dedans, on sent un fragment enfoncé d'environ un quart à un demi-centimètre.

Du reste, la suppuration paraît de bonne nature; la somnolence a disparu, mais le teint présente une coloration un peu jaunâtre.

Le soir, le pouls est à 104; le malade souffre de la tête, et la somnolence est de nouveau plus marquée.

Le 12, pouls à 104. Douleurs de tête; la somnolence a diminué, le teint est plus jaune. Le cerveau se présente dans la plaie, et il fait une saillie qui arrive presque au niveau de la peau; il est baigné de pus un peu grisâtre, et agité de pulsations isochrones au pouls, sur lesquelles la respiration n'exerce aucune influence.

M. Guérin extrait encore un petit fragment de bois. Le doigt porté en dehors du cerveau, entre la paroi osseuse et lui, pénètre dans une sorte de scissure profonde de la substance cérébrale; plus en dehors, il arrive sur une arête osseuse dirigée d'avant en arrière: c'est qu'un fragment détaché de la région temporale a basculé en dehors et en bas par son bord inférieur. L'arête est formée par la portion de l'os dont elle s'est détachée. Pansement simple.

Le 13, pouls à 124, teint très-jaune, céphalalgie, langue sèche, fuligineuse. Le malade n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Calomel, 0gr,80.

M. Guérin incise la paupière et donne issue à du pus crémeux assez abondant; mais l'exophthalmie ne diminue en rien. La plaie suppure abondamment, et la hernie est plus saillante encore qu'hier. Deux petites ulcérations se sont formées au niveau de la partie médiane du front et d'un fragment enfoncé. Cérat recouvert d'un cataplasme sur la hernie du cerveau.

Le 14, pouls à 124, peau chaude; la hernie n'a pas diminué; la substance cérébrale a une coloration grisâtre. M. Guérin explore de nouveau la plaie; il trouve en dedans de la hernie un pont osseux paraissant peu enfoncé, puis un fragment enfoncé par son bord externe, et limité en dedans par une simple fêlure.

Le malade n'a pas été à la selle, malgré le purgatif. Une bouteille de limonade purgative. Pansement simple.

Le soir, le pouls est à 140; le malade a été agité toute la journée; la plaie exhale une odeur très-forte; la soif paraît un peu moins vive.

Le 15, pouls à 144. La nuit a été plus tranquille. Le pus est moins abondant et se dessèche sur les pièces de pansement; la surface de la hernie est elle-même grisâtre et un peu sèche. Toute la joue et la tempe sont fortement tuméfiées.

M. Guérin extrait un fragment de 4,3 de largeur sur 4,2 de longueur; il est nécrosé à sa partie inférieure, qui correspondait au fond de la plaie et formait ce pont osseux non enfoncé à la partie interne de la hernie; sa partie supérieure est vivante, vascularisée et adhérente au périoste, dont on la détache avec la spatule.

Le soir, le pouls est 144 à 148.

Le 16, pouls à 124; 30 inspirations par minute; langue sèche, fuligineuse, ainsi que les dents. Le malade est assoupi, ne parle que peu, mais répond encore bien, et dit ne pas souffrir. La peau et les sclérotiques sont jaunes; la plaie est desséchée et exhale une forte odeur.

Le soir, pouls à 152, 40 inspirations; carphologie. Le malade est très-assoupi, et ne répond qu'en bredouillant.

Le 17, le pouls, petit et irrégulier, oscille entre 140 et 155. La respiration est embarrassée, ronflante; on compte 56 inspirations. Peau chaude, un peu humide, d'une couleur jaune clair; langue et dents sèches, narines pulvérulentes, parole embarrassée, adynamie complète. Le malade ne se plaint pas, ne demande presque plus à boire et va sous lui.

M. Guérin extrait deux fragments à la partie externe de la plaie; l'un d'eux n'est nécrosé qu'en partie. Hémorrhagie en nappe assez abondante.

Les plaies sont sèches.

Le malade meurt à trois heures après midi, sans autre phénomène.

On n'a constaté aucun frisson durant les derniers jours.

Autopsie. — Les poumons, emphysémateux à leur bord antérieur, sont congestionnés aux bords postérieurs, qui présentent à la base des noyaux arrondis, superficiels, durs; ce sont des abcès métastatiques à diverses périodes, les uns encore formés de masses rouges ayant l'aspect et la consistance de l'hépatisation, les autres formés à leur centre de matière jaune, friable, mais pas encore liquide. Pas de liquide dans la cavité pleurale.

La rate, volumineuse et diffluente, présente à la face externe un noyau jaunâtre de la même nature que ceux des poumons.

Le rein gauche paraît graisseux; le droit est volumineux et hyperhémié.

Les autres viscères ne présentent rien de particulier.

Crâne et cerveau. — La portion humide du cerveau s'est desséchée et affaissée; ses bords se sont, par suite, écartés de la brèche osseuse qui lui donnait passage. Cette ouverture, à bords irréguliers et entourée de plusieurs fragments plus ou moins enfoncés, présente

une étendue équivalente à une pièce de cinq francs en argent environ. Les tissus qui entourent cette brèche sont infiltrés d'un liquide grisâtre, à odeur gangréneuse; le muscle temporal droit présente une coloration gris verdâtre, et est parsemé de petits foyers de pus crémeux. Il en est de même des muscles ptérygoïdiens du côté droit, et de la dure-mère, qui tapisse la fosse moyenne du crâne à droite; les nerfs maxillaires, de ce côté, présentent la même coloration, ainsi que le muscle releveur de la paupière; la peau de la paupière elle-même est décollée et séparée du muscle orbiculaire par du pus sanieux.

Quant aux os, une fois mis à nu, on trouve le frontal, la partie antérieure du temporal et toute la voûte orbitaire brisés en une multitude de fragments; quelques-uns de ces fragments sont encore enfoncés. soit du côté du cerveau, soit du côté de l'orbite.

De ces os littéralement broyés, partent plusieurs fissures étendues et rayonnant dans diverses directions, soit du côté de la voûte, soit du côté de la base du crâne. L'une d'elles s'étend d'avant en arrière jusqu'au delà de la partie moyenne du pariétal droit. Une fêlure incomplète a permis à un large fragment placé à la partie interne de la brèche du frontal, de s'enfoncer par son bord externe, tandis que son bord interne reste adhérent par la lame profonde de l'os. Une seconde fissure s'étend de la voûte orbitaire jusqu'à la partie postérieure de la fosse sphénoïdo-temporale droite, mais sans arriver jusqu'au rocher. Enfin, une troisième fissure part également de la voûte orbitaire, traverse obliquement la partie antérieure de la selle turcique, et arrive au trou déchiré antérieur, où elle se perd pour reparaître plus loin sur le rocher gauche, qu'elle divise d'avant en arrière à 2 ou 3 millimètres en dehors du conduit auditif interne.

Enfin la fracture s'étend jusqu'à la face inférieure du sphénoïde, et tous les tissus qui avoisinent les apophyses ptérygoïdes sont infiltrés de sanie grisâtre.

Cerveau. — Pour enlever le cerveau, il faut diviser un tissu dur et criant sous le scapel, formé par l'adhérence de la dure-mère avec les parties extérieures au crâne. Sur les bords de l'ouverture osseuse, le cerveau lui-même présente les lésions suivantes : le lobe frontal droit et une partie du lobe sphénoïdal sont infiltrés de liquide grisâtre, mous, mais un peu desséchés à la superficie, et labourés par les fragments enfoncés. Voici, du reste, l'étendue des parties altérées : à la face inférieure, elles occupent tout le lobe frontal et une partie du lobe moyen en arrière de la scissure de Sylvius; la circonvolution d'enceinte de cette scissure présente un foyer rempli de pus sanieux occupant la partie de cette circonvolution qui borde en

arrière la scissure à sa partie interne; à la face externe, les lésions n'occupent que la moitié antérieure du lobe frontal, et la face interne n'est atteinte que dans une partie étendue en avant (la troisième circonvolution est complétement altérée).

Une fente irrégulière divise profondément le lobe frontal en deux moitiés, une interne, une externe, et entre les lèvres de cette large plaie, qui s'étend surtout à la face inférieure, on trouve un caillot brun épais.

Sur toutes les parties lésées qui présentent les apparences d'un tissu mortifié, on ne trouve aucun vestige des méninges.

Sur leur limite, la dure-mère est épaissie, d'un gris foncé, parsemée de petits points jaunes formés par du pus, et adhère solidement aux parties subjacentes; au-dessous d'elle, la cavité arachnoïdienne renferme des fausses membranes épaisses, de couleur jaunâtre.

La pie-mère, enfin, sur les limites de la lésion, est vascularisée ; elle recouvre des circonvolutions qui présentent une coloration grisâtre bornée à la couche superficielle; cependant leur consistance est un peu molle.

Le lobule de l'insula, placé plus en arrière, paraît sain.

Toutes les autres parties de l'encéphale sont exemptes de lésions. Il en est de même des parties molles de l'orbite, à l'exception du muscle releveur. Le nerf moteur oculaire commun n'a pu être suivi; mais il était probablement altéré, son trajet correspondant à des parties gravement compromises.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste dermoïde de l'ovaire (inclusion). — Ovariotomie.

M. GIRALDÈS. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie les pièces anatomiques provenant d'une ovariotomie que j'ai pratiquée samedi, à l'hôpital des enfants, chez une jeune fille âgée de seize ans, non réglée.

Voici, en résumé, l'histoire de cette opérée :

A l'âge de huit ans, cette jeune fille avait été admise dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, alors dirigé par M. Guersant, pour une tumeur de la cavité abdominale, tumeur qui a été regardée comme une inclusion fœtale. Il y a cinq ans, elle entra de nouveau dans le même service, et comme mon prédécesseur, j'ai constaté dans la même région l'existence d'une tumeur dure, que j'ai regardée aussi comme une inclusion fœtale. Mais comme la présence de ce produit n'occasionnait chez la jeune malade aucun trouble, au-

cune gêne dans les fonctions, je la renvoyais, en lui recommandant de venir me retrouver au cas où cette tumeur prendrait de l'accroissement et que son volume apporterait de l'embarras dans les diverses fonctions. C'est ce qui est arrivé ; la jeune fille entra pour la troisième fois à l'hôpital au commencement de février.

Après un examen attentif, j'ai pu me convaincre que le volume de cette tumeur avait presque doublé, et qu'elle déterminait des troubles fonctionnels de nature à réclamer une intervention chirurgicale. L'exploration de l'abdomen permit de constater que ce produit semblait composé de deux parties : l'une dure, arrondie, comme osseuse, occupant la partie inférieure ; l'autre molle, constituant la partie supérieure, le tout formant une tumeur se développant en forme de croissant autour de l'ombilic. Une ponction exploratrice, faite à la partie supérieure, donna issue à une matière crémeuse composée de globules graisseux, de matière granuleuse, d'épithélium et de quelques paillettes de cholestérine ; la nature de ce liquide confirma notre diagnostic. L'opération fut décidée.

Dans le but d'assurer autant que possible le succès de l'opération, j'ai résolu de la faire dans la salle et dans le même lit que l'opérée occupait. L'opération a été faite le samedi, en présence de mes deux collègues, les docteurs Roger et Labric. La malade fut anesthésiée au moyen de l'éther. Une incision de 0,10, faite couche par couche sur la ligne médiane, découvrit la tumeur ; celle-ci, trop volumineuse pour pouvoir être extraite par la plaie, m'obligea à prolonger l'incision en haut, dans l'étendue de $0^{m},02$; cela fait, la main introduite dans l'abdomen après quelque manœuvre amenait au dehors la masse morbide ; le pédicule fut lié au moyen d'un fil ; un clamp fut appliqué à ce pédicule sectionné au moyen de l'écraseur. Le péritoine nettoyé, la plaie fut réunie au moyen de fils métalliques, et l'abdomen, couvert avec une flanelle imbibée d'un mélange d'eau et de laudanum, maintenue par une ceinture de flanelle. Du bouillon et une boisson aromatisée avec du rhum, furent pris avec plaisir dans la journée.

Le soir, la jeune opérée était aussi bien que possible, à part une grande fréquence du pouls, 120. Point de vomissements, point de tension du ventre, point de douleurs abdominales. Le même état se continue dans la journée du lendemain. Même fréquence du pouls. Pilules de $0^{g},02$ d'extrait gommeux d'opium toutes les deux heures ; bouillon ; pour boisson, une infusion sucrée et aromatisée avec du rhum. Vers le soir, menace de hoquet ; nuit mauvaise, vomissements. Dans la journée du troisième jour, ballonnement du ventre, pouls très-rapide, 140, aggravation de cet état dans la journée ; mort le soir, à huit heures, trois jours après l'opération.

Autopsie. — Décomposition du cadavre ; ballonnement considérable du ventre ; péritonite étendue ; liquide séro-sanguinolent, fétide dans la cavité du petit bassin ; ovaire du côté opposé, contenant un grand nombre de vésicules de Graef.

Examen de la tumeur. — Ce produit morbide a son siége dans l'ovaire du côté droit ; il est formé d'une coque fibreuse, parcourue par un grand nombre de veines volumineuses et un contenu en grande partie solide, constitué par une masse graisseuse mêlée d'une grande quantité de cheveux noirs et blancs, etc., très-longs, enveloppés, perdus dans cette production suifeuse.

L'enveloppe de ce produit pathologique est constituée par une membrane dont l'épaisseur est variable ; entourée de toute part par le péritoine, elle est parcourue par des veines d'un gros volume, se divisant en réseaux serrés et très-fins. Cette membrane d'enveloppe est de nature fibreuse ; elle se continue avec du tissu conjonctif qui la sépare d'une surface dermoïde constituant sa partie interne. L'intérieur de cette poche ou de ce kyste est hérissé de cheveux très-longs, présentant un bulbe très-bien organisé et des glandes sébacées en très-grand nombre. Au milieu du kyste, comme se détachant de sa surface interne, on trouve un grand nombre de petits kystes remplis d'une matière visqueuse ; quelques-uns ont le volume d'un œuf de poule. A la partie inférieure de la poche-mère et dans l'épaisseur de ses parois, se rencontre une plaque osseuse de près de $0^m,10$, enveloppée d'un périoste et présentant tous les caractères du tissu osseux.

La constitution anatomique de cette tumeur, sa congénitalité confirme en tout point le diagnostic posé, à savoir : qu'elle appartient à la classe des kystes dermoïdes de l'ovaire, à une variété d'inclusion fœtale.

M. TRÉLAT. Dans une autopsie pratiquée il y a quelques semaines, on a trouvé par hasard chez la même malade, deux kystes semblables à celui que vient de présenter M. Giraldès. Je rappelle ce fait pour faire remarquer que l'existence d'un kyste dermoïde dans chacun des deux ovaires doit peut-être faire éloigner l'idée d'une inclusion fœtale.

LECTURE.

M. PHILIPEAUX donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Contracture des muscles de la hanche simulant la coxalgie et sans lésion de la jointure.*

— **M. LARREY** demande si l'auteur du mémoire s'est préoccupé de résoudre la question du diagnostic entre la contracture des muscles de la hanche et la coxalgie simulée, telle qu'on l'observe quelquefois

chez les conscrits. Dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes et l'emploi du chloroforme peut servir à éclairer la question.

M. BOUVIER désirerait que la question du diagnostic fût complétée en tenant compte de la sacro-coxalgie.

M. MARJOLIN. Je voudrais savoir quel était l'âge des malades qui ont été observés par M. Philipeaux. Jusqu'ici j'ai vainement cherché chez les enfants des contractures idiopathiques de la hanche; je n'ai pu trouver que la coxalgie au début, compliquée de changement dans la position du membre.

M. DEMARQUAY. Dans un cas de contracture, la douleur articulaire était tellement vive qu'on aurait pu commettre une erreur de diagnostic : le chloroforme a permis de constater l'intégrité de l'articulation.

M. BOUVIER. Je confirmerai pour ma part la proposition émise par M. Marjolin. Chez les enfants je n'ai observé que l'arthrite à son début; quant à la contracture, on l'observe surtout chez les jeunes filles vers l'âge de la puberté.

Le diagnostic est parfois très-difficile ; nous avons, avec M. Guersant, soigné une jeune fille, pendant un an, pour une coxalgie qui a guéri du jour au lendemain à la suite d'une tentative d'anesthésie par le chloroforme.

M. PHILIPEAUX. Mes malades étaient de jeunes enfants; l'un d'eux, âgé de quatre ans, avait en même temps un mal de Pott.

M. BOUVIER fait remarquer que les contractures de la hanche sont communes dans les maladies du rachis et qu'il ne faudrait pas confondre ce symptôme avec les contractures idiopathiques.

M. GIRALDÈS. La communication de M. Philipeaux me surprend, car moi aussi, je n'ai observé chez les enfants que des coxalgies, ou bien des attitudes vicieuses de la hanche consécutives à l'atrophie de certains muscles.

M. PHILIPEAUX. Ce qui caractérise les contractures de la hanche ce sont, d'une part, les douleurs vives, d'autre part, la rémission temporaire dans les symptômes et enfin la disparition de l'attitude vicieuse sous l'influence du chloroforme.

A cinq heures moins un quart la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le n° 1 de la *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse ;*

Le numéro de janvier du *Bulletin de la Société de médecine de Marseille ;*

Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse, par M. le docteur Léon Tripier ; thèse inaugurale, 1867 ; Victor Masson, avec planches ;

Della Riduzione incruenta nelle ernie inguino-crurali strozzate, par le docteur Giambattista Borelli, deuxième édition, 1866 ;

Osservazioni di ernie gravamente strangolate, condotte a guarigione mercè la riduzione col metodo Borelli, par le docteur Pietro di Gaudanzi (de Verceil) ;

Handbuch der Kriegschirurgie, de J. Neudörfer, Leipzig, 1867.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ablation du calcanéum par la méthode sous-périostée. — M. GIRALDÈS présente un jeune enfant auquel il a pratiqué l'ablation du calcanéum par la méthode dite sous-périostée. Le malade a été opéré en décembre dernier ; il marche bien, et il est incontestable que des productions nouvelles ont remplacé l'os qui a été enlevé en totalité, ainsi qu'on peut en juger par la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société.

La Société se souvient, ajoute M. Giraldès, sans doute du malade que je lui ai présenté, et chez lequel 10 centimètres de l'humérus réséqués ont été reproduits par le périoste. Je viens aujourd'hui vous montrer un autre enfant pour lequel j'ai fait une résection du tibia avec conservation du périoste. Il s'agissait d'une fracture compliquée de la jambe avec consolidation angulaire. La Société peut voir, en examinant l'enfant, que le membre est complétement redressé, mais qu'il n'y a point eu de consolidation osseuse, et cependant l'opération emonte à quatre ans et l'immobilité du membre a été longtempsr

maintenue. Dans une circonstance analogue, la même opération a été suivie d'une consolidation parfaite.

M. VERNEUIL. Les observations de M. Giraldès ont une importance considérable au point de vue de l'influence du périoste sur la reproduction des os enlevés. Le premier fait est aussi démonstratif que possible ; le calcanéum est reproduit ; il serait même impossible de soupçonner qu'une opération aussi radicale a été pratiquée sur le pied de cet enfant. Quant au deuxième fait, il est moins satisfaisant, ce qui n'empêche pas les résections sous-périostées d'avoir une grande valeur.

M. LE FORT. Ainsi que l'a très-bien dit M. Giraldès, il eût été difficile d'enlever le calcanéum de son jeune malade autrement qu'en conservant le périoste. Quant aux résections proprement dites articulaires, c'est bien autre chose que lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un os isolé et malade. Je crois inutile la conservation du périoste ; on a vu des articulations se reproduire quoique le périoste eût été enlevé ; tout dépend des mouvements que l'on imprime à la jointure réséquée.

M. PERRIN. Je ne saurais partager l'opinion émise par M. Verneuil ; les faits qui nous sont présentés sont loin de démontrer l'importance des résections sous-périostées. Quand une maladie a pour conséquence d'isoler les os de leur périoste, la reproduction est en quelque sorte fatale après l'ablation de l'os nécrosé ; c'est ce qui est arrivé pour le malade de M. Giraldès. La vaste excavation qui a succédé à l'extraction du calcanéum s'est comblée par des tissus plus ou moins durs, mais on n'est point en droit de dire que c'est une régénération modèle. Le deuxième malade qui nous a été présenté offre beaucoup plus d'intérêt en ce sens que toutes les conditions de la reproduction des os par le périoste se trouvaient réunies. Malgré la conservation de la gaîne périostale, malgré l'immobilité prolongée, la consolidation n'a point été obtenue, le résultat est donc négatif ; à l'heure qu'il est on peut dire que la reproduction des os par le périoste n'a point encore été sanctionnée par des faits cliniques, car, je le répète, il faut laisser de côté ces maladies spéciales qui, en isolant le périoste, assurent la reproduction d'une manière presque fatale.

M. VERNEUIL. Si le résultat a été négatif pour la résection du tibia, il ne faut point perdre de vue que dans un cas analogue M. Giraldès a obtenu un succès complet.

M. GIRALDÈS. On peut expliquer l'insuccès de mon opération en admettant, ce qui est probable, que j'ai décollé le périoste sans enlever la couche génératrice qui le double, et sans laquelle toute reproduction d'os est impossible, ainsi que cela résulte des travaux de Goodsir qui remontent à 1845.

M. LARREY. Je me rallie complétement à l'opinion développée par M. Perrin. La question historique est confirmative des travaux de M. Sédillot, et je persiste à croire que les expériences si ingénieuses de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

ÉLECTIONS.

Élection d'un membre honoraire. — La Société, sur le rapport favorable de la commission, procède à l'élection d'un membre honoraire.

M. le professeur Henri Bouley est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

Élection d'un membre titulaire. — 25 votants. M. de Saint-Germain obtient 13 voix, M. Liégeois 7, M. Leroy d'Étiolles 3, M. Sée 1, M. Guéniot 1.

En conséquence, M. de Saint-Germain est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion sur le trépan.

M. BROCA croit utile en commençant de résumer les points importants de l'observation qu'il a communiquée à la Société et qui a provoqué la discussion actuelle. Je ne veux pas, dit-il, m'occuper des faits qui n'ont point d'analogie avec l'observation que je viens de résumer, je ne veux m'occuper que des indications du trépan pour les enfoncements du crâne; dans les autres cas on ne connaît point exactement la nature des lésions, et cela suffit pour rejeter presque absolument le trépan. Quand il existe un enfoncement du crâne, le diagnostic est des plus faciles : la question du trépan semblerait donc plus simple à résoudre; cependant il est bon de rappeler qu'à l'époque où l'on trépanait indistinctement pour toutes les blessures du crâne, il n'y avait de discussion que pour les cas d'enfoncements. Hippocrate avait déjà dit qu'il faut éloigner le trépan lorsqu'on a à traiter un enfoncement considérable; Desault ayant réuni un certain nombre de cas de guérison pour des individus qui n'avaient point été opérés, nia l'efficacité du trépan, et là a pris naissance cette sorte de réprobation pour une opération qui est parfois très-utile.

Nous n'avons point de statistiques pour juger la question; on a beaucoup insisté sur les cas de guérison et l'on a trop laissé de côté les nombreux cas où l'expectation a été suivie de mort. Il est juste de dire qu'on a également trop insisté sur les guérisons obtenues après l'application du trépan.

Il y a une catégorie de faits dont on n'a pas assez tenu compte; beaucoup d'individus guérissent avec des enfoncements du crâne sans

avoir été trépanés; mais parmi les individus qui survivent, un certain nombre reste dans un état d'imbécillité qu'on ne doit pas méconnaître. Il n'en est point ainsi après les opérations de trépan, les individus guérissent radicalement ou ils succombent.

Les blessés qui guérissent d'un enfoncement du crâne sans avoir été trépanés, sont encore exposés à des accès épileptiformes que la trépanation a fait cesser dans certains cas. Voilà certainement autant de motifs pour ne pas rejeter absolument le trépan et, pour ma part, je m'en déclare partisan dans des conditions déterminées.

Lorsqu'il y a un enfoncement pur et simple, sans plaie, il faut attendre si les accidents cérébraux n'existent point. Lorsque l'enfoncement est énorme, il y a ordinairement des accidents immédiats qui réclament l'intervention. Quand les accidents surviennent, il faut agir vite, et je suis prêt à reconnaître que j'ai trop tardé dans le cas de mon jeune blessé. Je m'explique le succès que j'ai obtenu, d'une part, en considérant l'extrême jeunesse de mon opéré; d'autre part, la période tardive à laquelle je suis intervenu. La plaie cérébrale était voisine de la cicatrisation et, par suite, dans des conditions capables de s'opposer à la propagation de l'inflammation traumatique, qui enlève un certain nombre d'opérés. J'estimerais que le moment favorable pour intervenir serait vers le quinzième jour après l'accident.

Je me résume en disant : 1° les fractures du crâne avec enfoncement ne comportent pas l'emploi du trépan quand il n'y a pas de complications cérébrales; 2° quand l'enfoncement se complique d'accidents cérébraux, il faut agir, si les phénomènes sont inquiétants; 3° quand il n'y a point urgence, eu égard à la nature des accidents, il faut de préférence attendre le quinzième jour.

M. DEGUISE. Je m'associe à tout ce qui vient d'être dit par M. Broca; je suis encore plus radical que lui. En restreignant la question aux cas d'enfoncements, je ne comprends pas qu'il puisse y avoir de dissentiments entre les chirurgiens, l'indication me paraît formelle. Toutes les fois que l'on constate l'enfoncement, il est sage de relever les fragments. L'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan ne peut compliquer la situation des blessés. Il n'y a point longtemps qu'on parlait ici d'un individu qui avait gardé dans le crâne, et pendant quatre-vingt et quelques jours, une culasse de fusil; c'est par hasard qu'on a fait l'extraction de ce corps étranger; mais en présence d'un diagnostic certain, eussiez-vous, je vous le demande, différé l'extraction de ce corps étranger jusqu'au début des accidents qu'il pourrait provoquer, ainsi que semble le conseiller notre collègue M. Broca? Évidemment non; et dans le cas même où l'extraction eût nécessité l'emploi du trépan, on eût bien fait d'inter-

venir de suite. L'opération du trépan est si simple que je ne comprends pas que l'on hésite dans les cas d'enfoncement.

Je suis plus radical que M. Broca, en ce sens que j'agirais de suite, convaincu que plus on attend, plus on expose les blessés aux accidents consécutifs.

M. VERNEUIL. Je regrette aussi l'absence des statistiques pour juger la question du trépan; j'attends, pour trépaner, qu'il y ait des indications positives. La recherche des foyers de compression est une chimère qu'il faut abandonner.

J'ai pratiqué deux fois l'opération du trépan; il s'agissait de cas absolument désespérés; l'opération n'a point amélioré les malades, mais elle n'a été pour rien dans la terminaison funeste. Je trouve très-suffisantes les indications si bien rappelées par M. Deguise; il faut agir le plus tôt possible. Je déposerai, du reste, une courte note relative aux deux faits que je viens de mentionner.

M. PERRIN. Si j'ai bien compris la pensée de M. Deguise, les indications de la trépanation sont pour lui tellement nettes, tellement simples qu'elles ont à peine besoin d'être discutées. Elles s'imposent en quelque sorte d'elles-mêmes. Je ne saurais partager cette opinion; je considère au contraire la question qui nous occupe comme l'une des plus obscures, des moins précises de la pratique chirurgicale.

Après avoir entendu les communications de nos honorables collègues, MM. Broca et Verneuil, j'ai quelque raison de croire qu'ils partagent mon avis sur ce point.

Mais cette divergence d'opinions est plus apparente que réelle. Elle s'explique par la différence des points de vue auxquels nous nous sommes placés.

Il résulte clairement des paroles de M. Deguise, qu'il n'entendait parler que de l'extraction des corps étrangers, pièces osseuses ou autres, qui compliquent fréquemment les fractures du crâne avec perte de substance de l'os. Oh! dans ce cas particulier, le doute n'existe pour personne; pour tous les chirurgiens, je crois que l'indication est nette, précise. Il faut débarrasser la plaie de tout ce qui la rend plus grave, faire, comme on dit d'une façon générale, d'une plaie compliquée une plaie plus simple, fallût-il recourir à l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan. Cette sorte de débridement à l'aide duquel on agrandit ou bien on régularise la brèche osseuse, peut à peine porter le nom de trépanation.

L'embarras n'est pas là. Mais s'il s'agit de tracer les règles à suivre dans les cas de traumatisme du crâne non suivis de perte de substance osseuse, accompagnés du cortége de symptômes et d'accidents que nous connaissons tous, c'est autre chose. S'agit-il, par exemple,

de la forme la plus commune des fractures du crâne par choc direct, celle dans laquelle de larges pièces osseuses, circonscrites par des traits de fracture, sont inclinées l'une vers l'autre de façon à produire un enfoncement de la voûte, que faudra-t-il faire? Faudra-t-il trépaner dans tous les cas pour redresser les os? Faudra-t-il régler son intervention sur la profondeur, l'étendue de l'enfoncement, sur son siége, sur l'âge du sujet, sur la nature ou la violence des accidents concomitants, etc.? S'agit-il encore de la conduite à tenir quand on croit à l'existence d'un épanchement de sang ou de pus dans la cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère? Autant de questions qui surgissent à l'esprit, et que je pose devant vous sans m'engager à les résoudre complétement.

Ainsi que le disait très-judicieusement M. Broca, il n'existe pas de statistique qui autorise à prendre parti pour l'intervention ou pour l'abstention dans ces conjonctures difficiles. Les faits ne manquent pas, à proprement parler; mais leur signification varie complétement avec les conditions dans lesquelles ils se sont produits. Les idées théoriques ont tellement prévalu jusqu'alors en ce qui concerne la trépanation, qu'il suffit d'énoncer cette proposition pour la faire accepter. Quel enseignement tirer, par exemple, de cette statistique désolante citée par M. Broca et relevée par M. Trélat : quatorze opérations de trépan pratiquées dans les hôpitaux de Paris pendant une période donnée..., 13 morts? Absolument rien, puisque de nos jours on n'a guère conservé chez nous, dans la pratique, que la trépanation *in extremis*. En aucun temps la chirurgie n'a ressuscité les morts!

Bien que la question du trépan ne puisse être aujourd'hui résolue d'une façon magistrale, je suivrai l'exemple de M. Broca, et je risquerai quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'induction ou par mon observation personnelle.

M. Broca a présenté d'une façon très-simple les indications du trépan dans les cas dont je viens de parler. Si je ne me trompe, elles peuvent se résumer ainsi : Après l'accident, attendez. Quand surviennent les complications, trépanez. C'est vers le quinzième jour que l'indication surgit le plus ordinairement.

Je ne saurais partager la manière de voir de notre collègue. La raison invoquée par lui pour ajourner la trépanation immédiate, sauf, bien entendu, les cas exceptionnels dont a parlé M. Deguise, et au sujet desquels nous sommes tous d'accord, c'est que la rupture des membranes d'enveloppe du cerveau peut amener, si l'on trépane peu de temps après qu'elle s'est produite, une pénétration de l'air dans la cavité arachnoïdienne, tandis qu'après un certain temps, des adhérences s'établissent et forment une barrière protectrice. J'aurais com-

pris que la nature si confuse des effets qui suivent immédiatement les chocs du crâne, conduisît notre collègue à cette réserve. Dans tous les cas, en effet, ou peu s'en faut, la situation semble tout de suite très-grave : on est assommé sur le coup. Et puis, après quelques heures ou quelques jours tout au plus, la santé succède presque sans transition à cet état, qui est presque la mort apparente. Mais la raison que M. Broca a fait valoir pour justifier la temporisation, me semble plus théorique que pratique.

A la rigueur, il est possible que la trépanation faite, la dure-mère étant rompue par la cause vulnérante, de l'air s'introduise pendant les mouvements rhythmés d'expansion et de retrait de la masse encéphalique. Aucune expérience ne démontre ce fait physique, aucun observateur ne l'a signalé. Mais acceptons-le comme vrai ; nous sommes sûrs, au moins, qu'il n'est pas bien redoutable. Je n'en voudrais d'autre preuve que le fait si intéressant de M. Broca. Le blessé avait une brèche au crâne, une rupture de la dure-mère : l'air a-t-il pénétré en petite ou en grande quantité dans la cavité arachnoïdienne ? Je n'en sais rien. Mais ce que je sais, c'est qu'aucun accident qui lui soit imputable n'a révélé sa présence. Ce fait n'est pas exceptionnel, il représente la règle ; il représente ce que les chirurgiens d'armée constatent habituellement à la suite des coups de feu ou d'armes blanches qui produisent une perte de substance au crâne.

J'en conclus que la trépanation ne me paraît pas plus grave immédiatement après l'accident que plus tard. Je trépanerais et je conseillerais de trépaner au moment même où se présente l'indication, sans trop m'occuper de savoir si la blessure est récente ou ancienne.

Cette indication, pour M. Broca, est subordonnée aux complications. Lorsque celles-ci surviennent, il faut trépaner le plus tôt possible. Il me paraît indispensable d'ajouter à ce précepte un commentaire qui certainement existait dans la pensée de notre collègue. Toutes les complications des fractures du crâne ne réclament certainement pas le trépan ; à cet égard, il importe beaucoup d'établir une distinction. Parmi les symptômes, les uns sont généraux ; ils se traduisent par la perturbation ou la suspension de l'une ou de plusieurs des fonctions des centres nerveux. Ici, ce sera une perte complète du sentiment ou du mouvement ; ailleurs, ce sera des convulsions, des contractures des membres, etc. ; ailleurs encore, l'abolition de l'intelligence ou des sens, du délire, etc. Dans ces circonstances, le trépan me paraît formellement contre-indiqué, quelle que soit d'ailleurs l'époque relative de leur production. A quoi bon, en effet, recourir alors à une opération ? Ou bien les accidents de ce genre sont légers et disparaissent spontanément après quelques heures ou

tout au plus quelques jours (c'est ce que l'on observe bien souvent à la suite des coups des chutes sur la tête; ici, la trépanation serait évidemment très-blâmable) ; ou bien ils sont très-graves, et se rattachent au développement d'une méningo-encéphalite, d'une encéphalite consécutive, etc. Dès lors, quel service peut-on espérer d'une couronne de trépan ? Comment peut-on espérer qu'elle modifiera avantageusement l'inflammation dù cerveau ou de ses membranes ; qu'elle remédiera à un épanchement de sang diffusé au loin , et étalé en quelque sorte entre la boîte osseuse et le cerveau ?

Pour moi, la trépanation n'est indiquée qu'autant que la complication est bien définie, localisée, circonscrite, les autres fonctions cérébrales restant intactes. Je citerai, comme exemple, les accès épileptiformes, une hémiplégie, peut-être une céphalalgie préexistante sur ce même point, etc. Dans ces cas, il me semble utile de trépaner, et de trépaner le plus tôt possible, puisque tout ajournement, sans avantage défini, a le grave inconvénient de laisser s'accroître le danger.

Cela veut-il dire que dans tous ces cas on aura fait une opération utile, salutaire au malade? Non, évidemment. Il en est qui guérissent fort bien, malgré l'abstention. En voici un exemple :

Pendant le siége de Sébastopol, un capitaine du régiment de grenadiers reçut, à mes côtés, au-dessus de l'oreille droite, un éclat de bombe qui enfonça la portion écailleuse du temporal. Le blessé, renversé sur le coup, resta quelque temps sans connaissance; puis il revint à lui avec la plénitude de ses facultés, comme s'il n'eût reçu qu'une légère contusion. Le moment était critique : nous étions à la veille du premier assaut de Malakoff. Il voulut rester à son poste. Quelques heures plus tard, il tomba brusquement frappé d'hémiplégie, sans autres symptômes concomitants.

A quelque cause que l'on ait songé à rattacher ce dernier accident, l'opération du trépan semblait bien indiquée. Mais nous étions sur le terrain; je n'avais ni installation ni instruments appropriés; j'évacuai le blessé à l'ambulance la plus rapprochée. J'appris, quelques jours après, qu'une paralysie complète du mouvement avait rapidement succédé à l'hémiplégie. La mort était devenue imminente. Cet état se prolongea pendant quelques jours, après lesquels la motilité et l'intelligence reparurent progressivement. A partir de ce moment, l'état du blessé s'améliora de jour en jour. Chose digne de remarque, il survint alors des accès épileptiformes et un certain nombre de conceptions délirantes. Néanmoins, la guérison fut complète au bout de deux mois, et le malade fut évacué en France par mesure de précaution. Il reprit son service, et le continua, sans ressentir la moindre

gêne de son grave accident, jusqu'en 1860, époque à laquelle il vint succomber, au Val-de-Grâce, à une pneumonie alcoolique.

Évidemment si j'avais pratiqué la trépanation dans ce cas, j'aurais été bien tenté de lui attribuer quelque influence salutaire. Et pourtant je me serais trompé puisque le malade a guéri sans opération. J'ajouterai même que l'autopsie m'a fait voir que le trépan n'aurait point remédié à la cause des accidents.

On voit en effet, sur la pièce que je mettrai sous vos yeux, que le trait de fracture a divisé un vaisseau et probablement la dure-mère. Ce vaisseau aura donné naissance à une hémorrhagie en nappe, à laquelle il est rationnel d'attribuer et l'hémiplégie et la perte complète du mouvement. Or, on sait ce que vaut le trépan contre cette complication.

Jusqu'alors je n'ai eu en vue que les grands traumatismes du crâne ayant amené une rupture des os, une déchirure de la dure-mère. Les quelques réflexions qui précèdent montrent combien sont rares les indications du trépan en pareil cas.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles la trépanation pourrait, je crois, rendre des services moins problématiques; je veux parler des simples contusions du crâne avec ou sans fêlure de l'os. Ici la dure-mère est intacte, l'accident paraît sans gravité, c'est une simple plaie dont on surveille peu les conséquences, et pourtant l'expérience a montré depuis longtemps aux chirurgiens que cette bénignité insidieuse masquait parfois do graves dangers contre lesquels on est peu en garde parce que le blessé semble guéri depuis longtemps. Dans un cas ce sera une exostose siégeant au niveau de la contusion; dans un autre ce sera un décollement du péricrâne et de la dure-mère qui déterminera une maladie de l'os et la formation d'abcès consécutifs. Ailleurs il s'agira d'un foyer sanguin circonscrit et logé en dehors de la dure-mère. C'est pour remédier à ces complications des contusions du crâne que le trépan appliqué à temps me paraît devoir rendre les meilleurs services. J'ai été témoin de deux faits de ce genre dans lesquels le trépan aurait pu, selon toute vraisemblance, sauver la vie des malades.

Dans un premier cas, il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut, pendant le siége de Sébastopol, un coup de bâton sur le sommet de la tête; vous n'êtes pas sans savoir, apparemment, que les Russes, pour éviter de donner l'éveil, attaquaient nos travailleurs à la tranchée avec cette arme primitive. Ce coup de bâton fit une contusion sans conséquence, et que quelques jours de repos suffirent à guérir.

A quelques semaines de là, ce malheureux soldat eut la jambe broyée par un éclat de bombe. Je l'amputai; il guérit, puis je le per-

dis de vue. Trois ans plus tard, je le retrouvai dans une salle de malades à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides. Il était entré, parce qu'il lui était survenu, disait-il, des attaques de nerfs depuis un certain temps. Les accès, d'abord assez rares, lui avaient permis de continuer sa vie habituelle : mais ils devinrent plus fréquents, et c'est ce qui le décida à venir demander des secours. Je ne tardai pas à être témoin d'un accès épileptiforme très-caractérisé : un second survint quelques jours après, puis bientôt ils se montrèrent tous les jours, puis plusieurs fois dans la même journée. Bref, le malade succomba rapidement dans un état comateux.

A l'autopsie je constatai une exostose au niveau de l'ancienne contusion. Cette exostose avait la forme d'un ovoïde aplati, développé du côté de la face externe mais surtout de la face interne de l'os. Le cerveau, dans le point correspondant, présentait une dépression dans laquelle était logée la saillie de l'exostose. Enfin, à un centimètre de profondeur dans la substance cérébrale, il existait un abcès très-bien circonscrit.

Si ce malade eût été trépané dès le début de ses accès épileptiformes, aurait-il guéri? Je le crois. Si l'on avait pratiqué cette opération au moment où il vint à l'hôpital eût-on conjuré les accidents? J'en doute, mais cependant en pareille circonstance je n'hésiterais pas un seul instant.

Le second fait que je désire soumettre à votre appréciation ressemble beaucoup au premier. Il s'agit d'un grenadier de mon régiment qui reçut devant Sébastopol un coup de feu à la région du sourcil gauche. L'arcade fut brisée : mais l'examen le plus minutieux ne me permit de reconnaître aucune fêlure à la table interne. Cette blessure guérit très-vite et sans complications. Puis au bout de quelques mois, ce pauvre blessé tombe un jour sans connaissance, les membres agités de quelques mouvements convulsifs. Je l'envoyai de suite à l'ambulance. Il fut traité par l'abstention chirurgicale. Bientôt il succomba. On constata à l'autopsie un abcès considérable siégeant entre la dure-mère et l'os dans la partie correspondant au siége de la blessure. Le trépan, appliqué dès le début des accidents, aurait-il arrêté le mal? Cela est au moins fort acceptable.

Le difficile en pareil cas c'est d'être prévenu à temps. Les malades, par incurie ou ignorance, laissent passer les premiers symptômes sans y attacher d'importance. Raison de plus pour accorder à la contusion du crâne toute l'attention qu'elle réclame, et pour ne jamais négliger de mettre les blessés en défiance contre les suites possibles de leur accident.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture du tibia. — M. **BROCA** fait voir une fracture du tibia dont les fragments présentent un double V, si bien que la solution de continuité représente approximativement la lettre K.

On remarque en outre une fissure spiroïde de l'os.

M. **TRÉLAT** rappelle qu'il a présenté une fracture analogue qui portait sur le corps du fémur. Il existait également une fissure spiroïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 MARS 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. **PERRIN**, à propos du procès-verbal. Je désire présenter la pièce anatomique qui se rattache à l'observation que j'ai relatée dans la dernière séance. Vous voyez sur cette pièce un enfoncement; de plus, une fissure qui intéressait un des sillons de la méningée moyenne. Il a dû exister une hémorrhagie à marche progressive par suite de la blessure de l'artère.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Ladureau

Considérations sur la syphilis, id.;

Histoire naturelle de la syphilis, id.;

De la gangrène par congélation, id.;

Plusieurs articles de journaux, id.;

Rapport sur des accidents graves, suite de vaccination dans le département du Morbihan, par le professeur Depaul. Académie de médecine, 1866;

Perineal urethrotomy. Remark son the treatment of stricture of the urethra, par le docteur Whitehead, New-York, 1867.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remercîment, de M. le docteur de Saint-Germain ;

Une lettre de M. le docteur Langlebert, destinée à rappeler qu'il a décrit l'érosion chancreuse dans son *Traité des maladies vénériennes*, page 318;

Observation de varices du gland, par le docteur Rizet, médecin-major à Arras. (Renvoyée à M. Perrin.)

M. TARNIER, à propos de la correspondance. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie un mémoire manuscrit de M. le docteur Eugène Marchal (de Metz). Ce mémoire est relatif à la mortalité des femmes qui accouchent dans les villages, loin des grands centres de population.

Quelques membres de cette Société n'auront pas oublié que dans la discussion sur l'hygiène des maternités (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866), de nombreux travaux statistiques nous avaient permis d'estimer exactement la mortalité des nouvelles accouchées pour Paris, les capitales des différents États, ainsi que pour la plupart des grandes villes; mais les documents nous manquaient pour évaluer cette mortalité dans les villages. J'avais pu dire, il est vrai, qu'en m'en rapportant à quelques indications inscrites dans une note de l'ouvrage de Tenon, qu'en y joigant quelques remarques personnelles, la mortalité des nouvelles accouchées devait être à peu près aussi grande dans les villages que dans les villes; mais cette opinion, je le reconnais, manquait d'une démonstration qui pût entraîner votre conviction; aussi, j'exprimais le regret de ne trouver dans la science aucun document suffisant sur ce sujet, et je faisais appel à de nouveaux travaux.

Cet appel a été entendu par M. Marchal qui a relevé la mortalité des femmes en couches dans les 222 communes rurales de l'arrondissement de Metz, durant les années 1856, 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861. Notre confrère y a ajouté le tableau de cette mortalité pour la ville de Metz, durant la même période des six années indiquées plus haut. Cette statistique comprend, dans son ensemble, 24,736 accouchements.

Il résulte de ce travail que, dans les communes rurales, il meurt une femme sur 162,33 accouchements; qu'à Metz, il en meurt une sur 183,63 accouchements. La mortalité la plus forte s'observe donc dans les villages et la plus faible dans la ville. C'est, comme vous le voyez, la ruine de bien des idées préconçues. J'ajouterai qu'à Metz la mortalité est sensiblement la même qu'à Paris, puisque dans la première de ces villes on compte une mort sur 183 accouchements, et dans la seconde, une sur 181.

Mortalité des communes rurales. .	1 sur 162	accouchements.
Mortalité de Metz.	1 sur 183	—
Mortalité de Paris.	1 sur 181	—

Pour expliquer un résultat aussi inattendu, il est bon de diviser, comme l'a fait M. Marchal, les nouvelles accouchées en deux catégo-

ries : celles qui accouchent d'enfants vivants, et celles qui accouchent d'enfants morts. Notre confrère a pu prouver ainsi que la mortalité des femmes accouchées d'enfants vivants est un peu moins considérable à la campagne qu'à la ville, tandis que la mortalité des femmes accouchées d'enfants morts est deux fois plus considérable à la campagne. Quelle peut être la cause d'une aussi grande différence? M. Marchal l'attribue, et je suis de son avis, à ce que les femmes qui accouchent à la campagne ne sont point secourues en temps opportun dans tous les cas de dystocie. Je conclus donc avec lui que les causes qui déterminent la mort de l'enfant et celles qui compromettent la vie de la mère se trouvent plus souvent réunies à la campagne qu'en ville.

Vient ensuite un tableau qui indique le temps écoulé entre l'accouchement et le décès. D'après ce que j'ai dit plus haut, on croirait volontiers que les accidents qui accompagnent les cas de dystocie, ou que les maladies puerpérales doivent entraîner la mort plus rapidement à la campagne qu'en ville, et cependant on trouve un parallélisme presque parfait entre Metz et les communes rurales, si on les compare au point de vue du temps écoulé entre l'accouchement et le décès. A ce propos, je dois faire remarquer que la statistique dont je rends compte ne porte pas sur les femmes mortes en travail, sans avoir été accouchées; mais les éléments de cette recherche manquaient à notre confrère. Ce n'est donc pas un reproche que je lui adresse, c'est une lacune que je constate.

Les recherches statistiques de M. Marchal contiennent encore un tableau dressé d'après l'âge des femmes décédées et l'indication de la mortalité moyenne pour chacun des mois de l'année. On y trouve en outre, comme appendice, le relevé des femmes accouchées dans la commune d'Anoux, arrondissement de Briey, pour l'année 1865. Sur 12 femmes accouchées dans cette commune, 9 furent atteintes de scarlatine et 7 y succombèrent, sans offrir aucun symptôme de fièvre puerpérale. C'est là la seule épidémie bien accusée dont il soit fait mention dans les villages cités dans cette statistique.

L'analyse rapide que je viens de faire suffit, je pense, pour montrer que le mémoire de M. Marchal a un très-grand mérite. C'est, encore aujourd'hui, le seul document important que nous possédions sur la mortalité des femmes accouchées dans les villages; il porte avec lui la preuve d'une sévérité scientifique irréprochable; sous une forme concise, il contient un grand nombre de faits précieux; il a demandé à son auteur plusieurs mois d'un travail assidu, qui sera apprécié à sa juste valeur par tous ceux qui ont dressé des tableaux statistiques. Pour rendre justice au zèle et à l'intelligence de M. Marchal, j'ai donc l'honneur de vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Marchal;

2° Faire imprimer son travail dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*.

Les conclusions sont adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PANAS. Je présente à la Société un malade âgé de 71 ans, que j'ai opéré, avec succès, d'une tumeur du maxillaire supérieur gauche. Ce fait me paraît intéressant, à cause des divergences qui existent entre la marche de la maladie et les résultats fournis par l'examen microscopique.

Je dépose sur le bureau l'observation complète qui a été recueillie par mon interne. J'ajoute que l'énorme perte de substance palatine a été heureusement comblée par un appareil prothétique qui a été exécuté par un médecin-dentiste, M. Dejardin fils. Les résultats de la prothèse sont des plus satisfaisants. La dépression qui se faisait remarquer sur la joue gauche n'existe plus; la voix a repris son timbre normal. La mastication s'exécute bien; enfin le sujet porte son appareil sans aucune gêne notable. Voici des dessins destinés à représenter l'appareil que porte mon malade :

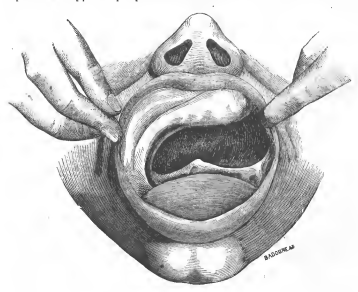


Fig. 1.

Cette figure représente la perte de substance de la voûte palatine. dont était atteint le malade qui fait le sujet de cette observation.

APPAREIL PROTHÉTIQUE OUVERT REPRÉSENTANT LA BOUCHE.

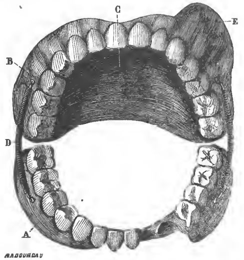


Fig. 2.

A, dentier inférieur avec son échancrure, pour recevoir une canine et une incisive restantes.

B, appareil prothétique remplaçant le maxillaire supérieur.

C, face inférieure de cet appareil.

D, ressorts maintenant ensemble les pièces supérieures et inférieures.

E, éminence qui comble le vide laissé par la perte de substance de la mâchoire supérieure.

Discussion sur le trépan (suite).

M. TRÉLAT. Je ne reviendrai pas sur le fait que nous a communiqué M. Broca. Notre collègue a signalé les deux circonstances qui, suivant lui, ont concouru à assurer le succès de l'opération. Il y a une troisième raison à invoquer : M. Broca a guéri son malade, parce qu'il y avait une indication bien nette qu'il a pu remplir complétement.

L'opération du trépan réussirait plus souvent si l'on pouvait préciser davantage la nature de la lésion. On peut dire que l'insuffisance du diagnostic et du pronostic explique pourquoi on a si rarement recours à la trépanation du crâne.

Je partage complétement l'opinion de M. Perrin quand il dit que la question du trépan est loin d'être claire. Les trois observations qu'il nous a rapportées sont relatives à un ordre particulier d'indications : il s'agit de blessés qui, à la suite d'un coup sur le crâne, le choc étant peu intense et bien limité, sont atteints consécutivement de foyers purulents localisés. Rien n'est plus vrai de dire que, dans ces cas, le trépan pourrait être utile ; mais le diagnostic est obscur, et c'est en présence de faits semblables que bien des chirurgiens ont pu dire : « Si j'avais su, j'eusse trépané. »

A moins d'appliquer le trépan pour toutes les contusions du crâne, il n'y a pas, le plus souvent, d'indication à opérer ; il faut donc attendre les symptômes menaçants. Il y a plus, lorsque ces indications se présentent, on éprouve cependant encore de l'embarras. Cela tient à ce que les divers symptômes consécutifs, et en particulier les accès épileptiformes, ne sont point pathognomoniques d'une lésion bien déterminée.

En résumé, je dirai que le trépan serait une opération des plus fructueuses, si les indications pouvaient être bien précisées ; mais comme, dans la majorité des cas, il n'y a pas d'indication appréciable, le trépan est une ressource chanceuse, incertaine, à laquelle, pour ma part, je n'aurai recours que dans la mesure indiquée par nos collègues qui ont pris successivement la parole.

M. GIRALDÈS. L'opinion de M. Trélat est celle qui a été défendue par Brodie et par A. Cooper. Lorsqu'il s'agit de plaies graves produites par des coups violents ou consécutives à des chutes d'un lieu élevé, il y a accord entre tous les chirurgiens.

Une question importante à résoudre, c'est de déterminer pourquoi les blessés meurent à la suite des opérations de trépan. Biling, qui, dans 72 cas de trépan pour des accès épileptiformes, a obtenu près de 40 succès, a bien vu la chose. Ce sont les désordres cérébraux accompagnant les blessures du crâne qui sont la cause des insuccès.

L'indication du trépan est d'une grande difficulté dans certains cas déterminés : c'est, par exemple, lorsqu'à la suite d'un coup la table interne de l'os éclate ; il en résulte une irritation cérébrale qui se traduit par des accès convulsifs. Dans ces cas, l'indication se trouve dans la persistance des accidents. Le trépan appliqué sur le lieu blessé a fourni de très-beaux succès.

L'emploi du trépan est subordonné d'une manière générale à l'expérience du chirurgien et à son aptitude clinique, mais dans les blessures du crâne il faut, autant que possible, remédier aux lésions matérielles. On doit relever les fragments enfoncés, extraire les corps étrangers, et si plus profondément on trouve des lésions cérébrales

graves, le trépan demeure inutile et néanmoins le chirurgien a fait son devoir.

M. PERRIN. Je pense que M. Trélat a bien fait en rappelant les principes généraux qui doivent nous guider dans l'application du trépan, car la question qui nous occupe est loin d'être vieille et banale.

Il faut toujours distinguer quant aux indications suivant la nature du traumatisme. Quand il s'agit de grands fracas avec enfoncement, déchirure des membranes, le tout accompagné de phénomènes comateux graves, etc., dans ces cas l'indication est nette, il faut toujours s'abstenir. Lorsque, au contraire, il s'agit d'une fracture simple avec enfoncement, et qu'il existe en même temps des symptômes graves, de cause indéterminée, il faut attendre, non pas comme moyen d'éviter les phlegmasies consécutives, mais pour juger des accidents qui, suivant leur cause, disparaîtront ou persisteront. La marche des accidents fournira soit l'indication, soit la contre-indication du trépan.

Entre ces deux catégories de faits, il s'en trouve un grand nombre qui sont de nature à embarrasser le chirurgien, cela tient à la difficulté qu'on éprouve en clinique à faire le diagnostic, de la part qui revient au traumatisme lui-même et aux phlegmasies qui peuvent succéder aux violences sur le crâne.

Pour les cas analogues à ceux que j'ai mentionnés ici, l'indication est rare à cause de l'indécision du chirurgien ; il s'agit de blessures simples suivies à longue date d'accidents sérieux. Si l'on avait trépané les malades dont j'ai rapporté l'histoire, peut-être eussent-ils succombé, mais dans tous les cas on eût bien fait d'agir.

Il est utile de renseigner les blessés sur les conséquences possibles des contusions peu intenses du crâne afin qu'ils viennent consulter dès le début des accidents.

M. TRÉLAT. Il y a accord parfait entre M. Giraldès et moi, mais je ne puis admettre que l'aptitude ou l'expérience des chirurgiens puisse faire reconnaître une indication qui n'a point de signes.

M. DEGUISE. La discussion actuelle restera sans solution si l'on veut aborder la question du trépan envisagée pour toutes les blessures du crâne.

M. Broca a présenté un fait déterminé, j'ai fourni une observation analogue ; il faut, sous peine de s'égarer, limiter la discussion à ces cas particuliers.

Le trépan est en discrédit dans le traitement des enfoncements du crâne, et j'ai voulu, pour ma part, contribuer à réhabiliter cette opération. L'enfoncement du crâne est certainement une indication et cependant on ne trépane pas. M. Perrin nous a cité un premier fait,

il n'a point trépané faute d'instruments; le malade a guéri, mais cela ne prouve pas que l'opération ne fût point indiquée. Quant aux deux autres malades, M. Perrin nous déclare qu'il les eût trépanés s'il eût eu sa liberté d'action, je dois dire que pour moi il n'y avait point d'indication à intervenir; il y avait bien lieu de supposer que le coup était pour quelque chose dans la production des accès épileptiformes, mais l'indication n'était pas précise.

Tous ces faits n'ont rien de corrélatif ni avec l'observation de M. Broca, ni avec la mienne, et discuter à ce sujet c'est se perdre dans la si vaste question du trépan appliqué à tous les cas de blessure du crâne.

Je me rappelle une circonstance qui se rattache aux premières années d'existence de la Société de chirurgie : j'apportais alors un fait de trépanation; je fus très-malmené par Malgaigne, et personne ne prit la parole en faveur du trépan. Pendant toutes mes études à Paris, je n'ai pas vu trépaner une seule fois; pour toutes ces raisons, je suis en droit de dire que le trépan n'est point en honneur à Paris, mais je maintiens que c'est une bonne opération appliquée pour les cas de blessure du crâne avec enfoncement.

M. PERRIN. Ces nouvelles explications de M. Deguise me font voir que j'avais mal compris notre collègue; je croyais qu'il recommandait le trépan seulement pour les cas de brèches osseuses. Qu'il me permette de lui dire que la question n'est plus aussi simple lorsqu'il s'agit des enfoncements, et que c'est là que commence l'obscurité.

De cette discussion il résultera que la question n'est point épuisée; quant à moi, je pense que le trépan doit être appliqué, non pour prévenir les accidents, mais pour les guérir lorsqu'ils se développent.

Abcès sous-périostique primitif du calcanéum. — Amputation de la jambe.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques.

M. LEFORT. L'examen des pièces anatomiques qui nous sont présentées laisse des doutes sur l'utilité de l'opération qui a été pratiquée. Je n'ai point vu le malade, cela est vrai, mais dans un cas semblable j'aurais fait une large incision et j'eusse tenté la résection du calcanéum, ce qui est moins grave que l'amputation de la jambe.

M. LABBÉ. Je partage l'opinion émise par M. Lefort; l'amputation n'est point justifiée et il suffit de voir la pièce pour rester convaincu que le calcanéum eût été énucléé bien facilement. Dans les phlegmasies de ce genre il faut, dès le début, faire de larges et profondes incisions.

M. VERNEUIL. L'examen des pièces justifie la critique de mes deux collègues. Au lit du malade j'avais tout prévu, mais l'embarras du diagnostic était extrême. J'ai incisé aussitôt que cela a été possible, car je suis convaincu de l'utilité des incisions prématurées. J'avais supposé que l'articulation tibio-tarsienne était malade, et telle a été la raison principale de l'amputation.

M. LEFORT. Dans les cas difficiles où le diagnostic n'est point précis, il faut utiliser le chloroforme et aller du simple au composé. Dans ce cas particulier j'aurais tout disposé pour une résection du calcanéum, et, si chemin faisant j'eusse trouvé l'articulation malade, j'aurais désarticulé le pied.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 MARS 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. COSTE (de Marseille) assiste à la séance.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de remercîments de MM. Viard, Chapplain, Ancelet et Delore, récemment nommés membres correspondants ;

Une lettre de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), qui annonce renoncer, pour l'avenir, à sa candidature au titre de membre correspondant national. M. Cazenave se propose néanmoins d'envoyer officieusement des travaux à la Société. Il adresse aujourd'hui un mémoire intitulé : *Du traitement externe des maladies cutanées dartreuses en général, et en particulier, de celui de l'eczéma chronique, du psoriasis, des ulcères de causes locales, simples, atoniques, variqueux, scorbutiques, syphilitiques, chroniques, et de la fissure anale, par une pommade préparée avec le sous-nitrate d'hydrargyre desséché, et le précipité blanc.* (Renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée.)

M. le docteur G. Closmadeuc (de Vannes), membre correspondant,

adresse une pièce anatomique et une observation relatives à une ovariotomie. (L'observation n'étant pas complète encore, la Société décide que communication en sera faite ultérieurement.)

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine :
La *Revue médicale de Toulouse* (1er fascicule);
La *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse;*
La *Gazette médicale de Strasbourg;*
Des luxations médio-tarsiennes, par M. le docteur Louis Thomas (de Tours);
Uretronisi interna negli otturamenti del canale uretrale prodotti da tessuto fibroso, par Francesco-Rizolli (de Bologne).

COMMUNICATION.

Des phlegmons et gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. La Société se rappelle sans doute la dernière observation de phlegmon diabétique que je lui ai communiquée. Le diabète était intermittent; mais à la sortie du malade, ce symptôme avait cessé complétement d'exister. Ce même individu vient de rentrer dans mon service ; il est atteint d'un phlegmon gangréneux de la jambe. Les caractères de cette affection sont tels, que je n'eusse point hésité, si je n'avais point connu le malade, à déclarer qu'il s'agissait d'un phlegmon diabétique. Cependant le sucre n'existe plus dans les urines; mais, en revanche, le malade est atteint d'ascite avec anasarque. De ce fait, je rapprocherai l'observation suivante : Un homme âgé de quarante-deux ans est diabétique depuis huit ou dix ans. A plusieurs reprises, il a été affecté de furoncles multiples et d'anthrax. A une certaine époque, le diabète a été remplacé par l'albuminurie, qui elle-même s'est compliquée d'accidents multiples. Depuis deux ans, il n'y a plus de sucre dans les urines; mais l'albumine est toujours accusée par les réactifs. Récemment, le malade a été pris de furoncles et d'un panaris gangréneux. Il s'agissait de savoir si l'on inciserait ce panaris. J'ai renoncé à cette pratique : d'une part, parce que je suis peu partisan des incisions chez les diabétiques; d'autre part, parce que j'ai appris du malade que la moindre opération était, chez lui, suivie d'accidents graves. Les diverses phlegmasies se sont terminées par ulcérations; mais à plusieurs reprises, j'ai observé de véritables hémorrhagies, par ces plaies qui n'étaient point du fait de la chirurgie.

Malgré l'absence du sucre dans les urines, on peut cependant se

demander si les phlegmasies actuelles ne sont pas, comme les précédentes, sous l'influence éloignée du diabète.

Les deux faits que je viens de relater permettent de supposer que, chez certains albuminuriques, on peut observer des affections gangréneuses et une disposition spéciale aux hémorrhagies.

M. GIRALDÈS. Il ne faudrait pas poser en principe que, chez les diabétiques, les incisions sont nécessairement suivies d'hémorrhagies; je pourrais citer, par exemple, l'observation d'un diabétique que j'ai traité pour un phlegmon très-étendu du cou. J'ai fait une longue incision, et la guérison est survenue sans entrave.

M. VERNEUIL. Sans vouloir poser de règles, j'ai dit que les ulcérations chez les diabétiques, que les incisions semblent présenter une prédisposition manifeste aux hémorrhagies.

M. BLOT. Je serais curieux de savoir si les divers malades observés par M. Verneuil ont présenté tous l'alternance du diabète et de l'albuminurie. J'ai insisté un des premiers sur l'influence de l'albuminurie dans les hémorrhagies qui compliquent la délivrance ; dans les faits qu'on vient de citer, quelle est la part de l'albuminurie, quelle est celle du diabète? L'influence de l'albuminurie me paraît démontrée par des faits nombreux ; quelle est l'importance du diabète sur l'hémorrhagie ?

M. VERNEUIL. J'ai observé trois fois les hémorrhagies dont il est question. Les deux premiers malades étaient diabétiques, le dernier, c'est-à-dire celui dont j'ai parlé tout à l'heure, était autrefois diabétique, il est actuellement albuminurique. La question que m'a posée M. Blot est remplie d'intérêt, les observations ultérieures pourront seules permettre de la résoudre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Reproduction de l'os sans l'intervention du périoste. — M. DUBRUEIL montre l'avant-bras d'un lapin sur lequel on peut constater la reproduction parfaite d'un sixième de la longueur de l'os, la résection avait été faite en ayant soin de détruire la partie correspondante du périoste.

M. DESPRÉS. L'expérience dont M. Dubrueil vient de nous montrer les résultats confirme celles de M. Ranvier. Ces deux expériences se réunissent pour démontrer que dans certaines conditions la reproduction des os peut s'effectuer en dehors de l'influence du périoste.

M. GIRALDÈS. Il y a longtemps que Syme a fait des recherches analogues. Il existe dans les Transactions philosophiques de la Société d'Édimbourg un travail intéressant; l'auteur démontre, par une série de pièces, que l'os enlevé peut se reproduire même en l'absence

du périoste, mais dans ce cas l'os nouveau a une forme très-irrégulière. Si au contraire on conserve le périoste, l'os se reproduit avec ses dispositions normales.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 MARS 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Bouley, membre honoraire nouvellement élu, est invité à prendre séance.

— M. Coste (de Marseille), membre correspondant, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Note sur la cicatrisation des os et des nerfs, par M. Dubrueil, prosecteur de la Faculté;

Recherches expérimentales et thérapeutiques sur la carie dentaire, par le docteur Magitot.

— M. le professeur Billroth adresse la première livraison des *Photographies stéréoscopiques des malades de la Clinique chirurgicale de Zurich.* — Cette publication est accompagnée du texte sommaire des observations. — Elle est faite en français et en allemand.

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé, adressée par M. Labbé;

Une lettre de M. Cullerier, sur le traitement de la syphilis par les mercuriaux. — Lecture en sera donnée lors de la discussion prochaine;

Lettres de remercîments de MM. Champenois et Sistach, nommés récemment membres correspondants.

Suite de la discussion sur le trépan.

M. LÉON LE FORT. En écoutant, dans les dernières séances, ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion, il m'a semblé que le moment était venu où l'opération du trépan allait enfin

reprendre, dans la pratique chirurgicale française, la place légitime qu'elle a cessé d'occuper, car elle ne rencontrait, chez aucun d'entre vous, d'adversaire absolu. L'on eût pu croire même qu'on y avait recours à Paris, dans tous les cas où elle était praticable, si notre collègue M. Deguise, plein du souvenir d'une observation présentée par lui à la Société il y a quelques années, et passionnément critiquée à cette époque, n'avait fait remarquer avec grande raison qu'il devait y avoir contradiction entre nos idées théoriques et notre pratique, car la trépanation des os du crâne est, dans notre chirurgie, une opération fort exceptionnelle.

Telle était aussi, messieurs, l'impression qui m'était restée depuis dix ans, de mes souvenirs et de mes lectures; car, tandis que les journaux de médecine anglais, américains, allemands nous apportaient fréquemment des observations de fractures du crâne traitées par la trépanation, nos recueils scientifiques français ne renfermaient guère que des exemples pris à l'étranger.

J'ai voulu me rendre compte de la différence qui me paraissait exister, en recueillant tous les faits rapportés depuis dix ans dans les principaux journaux scientifiques. Le temps ne m'a pas permis d'étendre mes recherches à l'Amérique et à l'Allemagne; mais j'ai relevé les observations publiées de 1857 à 1866, c'est-à-dire pendant une période de dix années, en Angleterre, dans *the Lancet, the medical Times and Gazette, Edinburgh medical journal* et *British medical journal* (1); en France, dans la *Gazette des Hôpitaux, l'Union médicale,* la *Gazette médicale,* la *Gazette hebdomadaire,* les *Bulletins de l'Académie de médecine* et ceux de notre Société. Or, tandis que je trouvais ainsi pour l'Angleterre 137 cas d'opérations de trépan (2), je n'en ai trouvé, pour la France, que 2 cas : l'un, de M. Jobert, de Lamballe (1857); l'autre, de M. Ollier, de Lyon (1865), et en ajoutant un cas remontant à 1845, publié pendant cette période 1857-1866, par M. Guyot, de Rennes et celui de M. Broca, nous n'arrivons encore qu'à un total de 4 observations de trépan, à opposer à 137.

Certes, nous savons tous qu'un nombre beaucoup plus considérable d'opérations ont été pratiquées, mais si l'on réfléchit que l'on publie plus volontiers les cas exceptionnels que les faits qui rentrent dans la pratique usuelle, nous devrons soupçonner que, si les chirurgiens français n'ont pas publié leurs observations, la même abstention a dû

(1) Je n'ai eu à ma disposition que les dernières années de ce journal (1860-1866).

(2) Quelques-unes, dont la date n'est pas indiquée dans l'observation, sont peut-être antérieures à 1857.

s'exercer un bien plus grand nombre de fois en Angleterre. Quoi qu'il en soit, la statistique officielle complète nous témoigne de cette différence incontestable : de 1835 à 1841, on a pratiqué, dans les hôpitaux de Paris, 15 opérations de trépan ; depuis, pour les mêmes hôpitaux et pour une plus longue période, il n'en a été fait que 14; tandis qu'à Londres, dans un seul hôpital (*Guy's hospital*), pour une seule année (1861), on en compte 5, et à Liverpool, dans un même établissement et pour les premiers six mois de 1865, on en compte 6. Il y a donc, entre la pratique française et anglaise, une différence incontestable, et elle entraîne avec elle les conséquences suivantes : nous opérons quand il le faut, et les chirurgiens anglais opèrent trop souvent; ou bien ceux-ci trépanent quand il le faut et nous trépanons trop rarement, ou peut-être la vérité est-elle dans cette dernière alternative, nous opérons trop rarement et nos collègues d'Angleterre opèrent trop souvent. C'est ce qu'il nous faut examiner en recherchant les indications précises de l'intervention active dans les cas de fracture du crâne.

Je ne rappellerai pas en détail les vicissitudes de l'opération du trépan. Appliquée dans tous les cas par Quesnay, Ledran, J. L. Petit, Percival Pott, la trépanation fut plus tard proscrite par Desault, qui cessa d'y avoir recours, et qui basa sa proscription sur les mauvais résultats obtenus par lui au milieu de l'atmosphère insalubre de l'Hôtel-Dieu. Moins exclusif, Boyer repousse le trépan préventif, mais le conserve pour les fractures avec enfoncement; Dupuytren, Roux, et plus tard MM. Velpeau, Denonvilliers, Chassaignac, suivent une pratique analogue; Brodie, Prescott, Hewett, font entrer et maintiennent la chirurgie anglaise dans les doctrines de l'ancienne école française. Mais en 1838, Malgaigne, se basant sur le raisonnement et sur quelques expériences, imite Desault, proscrit le trépan et entraîne avec lui presque tous les chirurgiens français. Pour moi, d'après l'étude attentive des faits et des observations publiées, la vérité n'est pas du côté de Desault, elle n'est pas non plus cette fois du côté de Malgaigne; c'est ce que je vais chercher à montrer.

Si le nom de Malgaigne se rencontre devant moi au début de cette étude, son souvenir vénéré ne saurait arrêter ma parole et enchaîner la libre expression de ma pensée. La science, la vérité, ne doivent pas céder devant les affections de la famille et le respect de l'élève; étudier les faits, ne pas croire sans examen à la parole du maître, telle fut la base de l'éducation médicale que nous donna Malgaigne, et il ne réclamait pas pour lui et comme une faveur exceptionnelle ce principe d'autorité qu'il ne voulait pas qu'on respectât pour les autres. Je suis du reste, sur ce point, dans une situation singulière-

ment facile, car la seule opération de trépan à laquelle j'aie pris une part directe fut faite il y a quatorze ans, à mon instigation, dans le service même de Malgaigne, dont j'étais alors l'interne. Une femme, atteinte d'une fracture du crâne avec enfoncement, nous fut apportée à l'hôpital Saint-Louis, au moment où la visite venait de finir; je crus le trépan nécessaire, et, n'ayant pas le droit de l'appliquer, je fus demander les conseils et le secours de M. Denonvilliers encore présent à l'hôpital. Il crut l'opération urgente, la pratiqua séance tenante, et lorsque le lendemain matin Malgaigne trouva dans son service une opérée de trépan et un élève n'acceptant pas sur un point important pour lui les idées de son chef, il me fit exposer les raisons scientifiques de mon intervention, les combattit avec sa verve ordinaire, mais termina en me disant : « Vous avez cru à tort que le trépan pouvait être nécessaire; vous avez voulu faire juge de son application mon collègue de l'hôpital, sans vous préoccuper si votre initiative, prise contre mes idées, me serait ou non désagréable; je ne saurais vous blâmer, car vous avez fait votre devoir. » C'est aussi mon devoir que je crois remplir aujourd'hui en venant défendre une opération injustement proscrite.

Depuis près de cent ans l'opération du trépan rencontre tantôt des partisans déclarés, tantôt des adversaires passionnés, et la question reste toujours pendante sans qu'on ait pu encore établir sur ce point une opinion basée sur des preuves solides. Ces incertitudes, cette divergence d'appréciation, me paraissent tenir à la manière même dont la question a été étudiée. Si l'on parcourt les travaux publiés à ce sujet, on y rencontre presque toujours les mêmes faits cités complaisamment tantôt pour, tantôt contre l'efficacité du trépan; tel chirurgien a cru tomber sur l'épanchement soupçonné qui a fait une opération inutile, tel autre a trépané à gauche, tandis que l'hémorrhagie avait eu lieu à droite; en un mot, l'opération a toujours été examinée au point de vue unique de ses rapports avec l'anatomie pathologique. Il faut, je crois, procéder autrement.

Le chirurgien qui se trouve en présence d'un malade pour lequel s'agite l'opportunité du trépan, a toujours un problème à résoudre et souvent une énigme à deviner. Comment arriver à une solution, autrement que par l'étude des symptômes? Ce sont les symptômes seuls qui peuvent nous éclairer sur la nature et le siége des lésions locales; il nous faut donc tout d'abord étudier la signification de chacun de ces symptômes, et les rattacher aux lésions cachées dans les profondeurs de la cavité crânienne.

Les phénomènes observés dans ces circonstances peuvent se rapporter à trois ordres principaux :

1° Coma, insensibilité, stupeur, souvent avec stertor, persistant depuis l'accident;

2° Fièvre, agitation, délire, douleurs de tête, convulsions épileptiformes;

3° Hémiplégie seule ou accompagnée de convulsions légères.

Il nous faut maintenant rechercher à quel genre de lésions se rapporte chacune de ces catégories de symptômes.

1° *Coma, insensibilité persistante, stertor.* — Dans les chutes, les coups sur la tête, il y a presque toujours, quand la violence a été notable, une perte complète de connaissance. Mais tantôt celle-ci est passagère; l'individu tombé ou frappé se réveille peu à peu, quelquefois rapidement; aucun accident ultérieur ne survient et tout s'est borné à une sorte de courte syncope cérébrale; tantôt au contraire les suites de l'accident ont une gravité extrême, l'insensibilité, le stertor, le coma, persistent, et le blessé succombe sans avoir repris connaissance.

Qu'a eu le malade? Une commotion cérébrale, telle est la réponse ordinaire. Si l'on veut entendre par ce mot une suspension d'activité du cerveau sans lésion matérielle, une syncope cérébrale, comme je le disais tout à l'heure, on pourra expliquer et peut-être avec raison la perte de connaissance passagère qui succède si souvent aux chutes ou aux coups, et qui n'est suivie que de peu d'accidents; mais cette explication ne peut suffire quand il s'agit de cette sidération complète qui se prolonge jusqu'à la mort; la commotion cérébrale grave, rapidement mortelle, ne se comprend guère sans lésions, et c'est avec raison que Prescott Hewett, dans son excellent article du *System of Surgery* de Holmes, en a révoqué en doute la réalité; car, si dans quelques cas on n'a rien trouvé dans le cerveau qui expliquât le coma et la mort, il ne faut pas oublier que, dans ces cas mêmes, la cause de la mort pouvait se trouver ailleurs que dans le cerveau, le seul organe examiné.

Depuis 1705, le cas de Littre se trouve répété dans presque tous les articles sur la commotion cérébrale; mais si le cerveau du prisonnier avait été examiné, il n'en avait pas été de même de la moelle et des organes thoraciques. L'on peut en dire autant d'un semblable cas, rapporté par M. Denonvilliers, dans lequel un autre malheureux détenu se frappa ainsi la tête contre le mur et mourut presque sur le coup; l'autopsie ne rechercha que dans le cerveau et les organes splanchniques la cause de la mort.

Un homme tombe d'une hauteur de 40 pieds et meurt immédiatement; on trouve une luxation de l'atlas sur l'occipital (Holmes, *Sys-*

tem of Surgery, II, 143). En 1843, un homme est apporté à l'hôpital Saint-Antoine dans un état complet de coma; il venait de faire une chute d'une grande hauteur. Il meurt; on fait l'autopsie; on ne trouve aucune lésion cérébrale; nul doute, la commotion seule est la cause de sa mort. Mais M. Deville, qui se trouvait alors à l'hôpital, se rend à l'amphithéâtre; il a l'idée d'ouvrir le canal rachidien, et on le trouve complétement rempli de sang dans toute sa hauteur.

Un enfant, venant de faire une chute grave, meurt à l'hôpital Saint-Georges, presque aussitôt après qu'on l'y eut apporté; on ne trouve qu'un peu de sang épanché sous l'arachnoïde, mais on constate une rupture du cœur. La même lésion se rencontre dans les mêmes circonstances, sur un malade de M. Morel-Lavallé; M. Trélat trouve, chez un blessé ayant succombé rapidement après une chute, une rupture de la rate. Certes, chez tous ces malades si l'autopsie n'eût pas été faite complétement, on aurait pu soutenir que la mort était due à la commotion du cerveau, et cependant rien n'eût été moins vrai; aussi, je crois pouvoir dire que la science ne possède pas un seul cas authentique démontrant la possibilité de la mort par commotion simple du cerveau, c'est-à-dire sans lésion de cet organe ou des autres viscères.

Dans les cas mortels, on trouve ou des lésions graves du cerveau suffisantes pour expliquer la mort, ou des épanchements, des enfoncements qui ont fait succéder les symptômes d'une compression mortelle à une commotion qui n'eût été que passagère.

L'examen des faits va nous montrer la valeur symptomatologique des phénomènes de sidération.

Dans 20 cas où l'opération du trépan a été pratiquée pendant la période de coma, 15 fois la mort a suivi la trépanation. Sur ces 15 cas :

3 fois l'autopsie ne fut pas faite.

1 fois le malade est mort de méningite le sixième jour, mais il avait repris connaissance après l'opération.

5 fois il y avait fracture de la base du crâne: 4 fois avec dilacération étendue du cerveau; 1 fois avec caillots sanguins dans les ventricules.

3 fois il existait des dilacérations du cerveau sans fracture de la base du crâne.

3 fois il y avait eu des hémorrhagies graves: 2 fois par rupture de l'artère méningée moyenne; 1 fois par rupture du sinus longitudinal supérieur.

Le coma, persistant après un coup ou une chute sur la tête, est donc un symptôme grave, car il indique presque toujours une lésion

profonde du cerveau ou d'un organe splanchnique. Lorsqu'il est profond, accompagné de résolution complète des membres et de stertor, il faut s'abstenir. S'il est moins grave, s'il n'y a pas sidération complète, si les symptômes de paralysie sont limités à un seul côté, il peut être permis d'intervenir activement ; mais il est souvent convenable de différer de quelques heures jusqu'à ce que la cessation des symptômes propres à la syncope cérébrale laisse place à ceux qui révèlent une lésion ou une compression limitée du cerveau. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, d'une part, que le trépan, pratiqué dans ces conditions, n'a pas empêché une mortalité de 75 p. 100 ; d'autre part, que l'expérience démontre, dans quelques cas, la possibilité de la guérison sans intervention chirurgicale directe.

2° *Symptômes actifs : fièvre, délire, mal de tête, convulsions épileptiformes.* — Ces symptômes me paraissent les plus importants au point de vue des indications thérapeutiques que je cherche à établir, car ils ont trop souvent été considérés comme des signes de compression.

Dans une observation de M. Johnson (1863), je lis : « les symptômes de compression sont fortement marqués. » Cependant il n'y avait que des convulsions. Le malade meurt, et l'on trouve une lacération de l'hémisphère gauche.

« Les symptômes de compression sont survenus, » dit M. Tatum (1863), et il ajoute : il n'y a pas de paralysie. On trouva à l'autopsie les lobes antérieurs réduits en bouillie.

Je lis encore dans l'observation de M. Ollier : « 20 mai, premier accès épileptiforme, puis un second; délire... M. Ollier diagnostique une compression de l'hémisphère gauche. » Que trouve-t-on à l'autopsie ? Une méningo-encéphalite purulente.

L'examen des faits va nous montrer que le délire, l'agitation et surtout les convulsions sont l'indice soit d'une lésion limitée du cerveau, soit d'une inflammation localisée ou généralisée de l'organe, quelquefois des deux choses simultanément, la seconde étant la conséquence de la première.

27 malades ayant présenté de l'agitation, du délire ou des convulsions, mais sans hémiplégie, ont subi l'opération du trépan : 2 ont guéri ; 25 sont morts.

Les causes de la mort se répartissent de la manière suivante :

2 fois une méningite aiguë.

7 fois une méningite purulente.

4 fois une déchirure du cerveau.

2 fois une désorganisation étendue de tout un lobe.

1 fois une contusion cérébrale.

2 fois un abcès dans l'intérieur du cerveau.

1 fois une congestion cérébrale (mort après quatre heures).

1 fois le cerveau était anémié (*sic*) (mort dans les vingt-quatre heures).

1 fois une fracture de la base du crâne (sans autre détail).

4 fois l'autopsie ne fut pas faite ; l'un des malades était mort à une date non spécifiée, le second pendant l'opération, le troisième dans les vingt-quatre heures qui la suivirent, le quatrième mourut le quatrième jour.

Parmi les deux malades guéris, l'un avait une fracture comminutive du crâne avec issue et perte de substance cérébrale ; l'opération ayant eu lieu le même jour que l'accident, les convulsions, quoique généralisées, s'étaient donc montrées aussitôt après la chute ; de plus, il y avait des esquilles enfoncées dans le cerveau, et les convulsions perdaient ici leur signification grave, car elles indiquaient, non plus une encéphalite ou une méningite au début, mais l'irritation du cerveau par la présence d'un corps étranger. Comprimez suffisamment un point du cerveau chez un animal, vous aurez de la paralysie ; au lieu de cela, enfoncez dans le cerveau de cet animal un stylet, un clou, un corps étranger peu volumineux, vous déterminerez des convulsions. Il est donc évident que dans le cas du premier malade, en présence de convulsions survenues aussitôt après l'accident, et pouvant être attribuées à l'enfoncement d'esquilles, en présence de l'issue, par la plaie, de substance cérébrale, il n'y avait nul doute sur l'urgence d'une intervention active, en même temps qu'il y avait espoir de la voir couronnée de succès, puisqu'il ne pouvait y avoir alors d'encéphalite, et qu'on pouvait espérer de s'en garantir par l'enlèvement des esquilles.

Le second malade avait été pris de convulsions huit jours après avoir reçu des coups de hache sur la tête, mais ces convulsions étaient limitées aux membres supérieurs. Pendant l'opération, l'artère méningée fut ouverte, et cet accident faisant ainsi l'effet d'une saignée involontaire et copieuse, fut peut-être salutaire.

Si, en face des cas où l'opération a été pratiquée, je place les cas analogues, mais dans lesquels aucune opération n'a été faite, je trouve pour la même période et dans les mêmes recueils 11 observations.

De ces 11 malades : 1 n'avait que du délire ; 3 du délire et une violente agitation ; 7 avaient des convulsions. 10 malades moururent ; 1 seul guérit.

La mort était due :

2 fois à un abcès de l'hémisphère communiquant avec le ventricule.

1 fois à une déchirure de l'hémisphère allant jusqu'au ventricule.

3 fois à une déchirure étendue du cerveau.

2 fois à des abcès du cerveau accompagnés de méningite.

2 fois il n'y eut pas d'autopsie, mais de ces deux malades, l'un avait un lobe mis à découvert, et chez l'autre on retira avec une pince, après la mort, un morceau de plomb logé dans le cerveau.

Le seul malade qui guérit devait probablement ses convulsions à une inflammation localisée dans une partie de l'hémisphère, à la suite de l'issue d'une certaine quantité de substance cérébrale, par la fracture comminutive dont il était atteint.

La date même de l'apparition du délire et des convulsions montre qu'il s'agit le plus souvent d'inflammation développée autour de lésions traumatiques.

Parmi les blessés non opérés, les accidents parurent 2 fois après deux jours ; 5 fois après trois jours ; 1 fois après treize jours ; 1 fois après dix-sept jours ; 1 fois après quelques jours ; 1 fois après quelques mois.

Parmi les blessés ayant subi l'opération du trépan : 4 avaient éprouvé des convulsions le jour même de l'accident (2 avaient repris connaissance avant le début des convulsions) ; 1 les avait eues après un jour ; 4 après trois jours ; 1 après quatre jours ; 2 après cinq jours ; 1 après douze jours ; 2 après quinze jours ; 1 après dix-neuf jours ; 1 après vingt-neuf jours ; 1 après quarante et un jours ; 1 à une date non spécifiée.

La mortalité pour les non-opérés fut de 90 p. 100. Elle fut de 94 p. 100 pour les opérés du trépan. Ce résultat, la nature des lésions trouvées à l'autopsie, montrent donc que les convulsions constituent un symptôme extrêmement grave, et que dans ces cas il faut presque toujours s'abstenir. Que peut faire le trépan contre des lésions matérielles graves, ou contre une méningite ou une encéphalite ?

3° *Hémiplégie seule ou accompagnée de convulsions limitées aux membres paralysés.* — L'hémiplégie est pour tous les chirurgiens un signe de compression limitée du cerveau. Elle peut tenir parfois à la contusion cérébrale, le plus souvent elle est produite par des épanchements qui pressent sur un point du cerveau et en arrêtent la fonction.

Cette question des épanchements dans la cavité crânienne, soit entre la dure-mère et les os, soit à la surface même du cerveau, a été le grand cheval de bataille de Malgaigne, dans la guerre acharnée qu'il faisait au trépan. A l'aide du raisonnement et de quelques ex-

périences, il a cru pouvoir démontrer que la compression du cerveau ne pouvait pas déterminer d'accidents sérieux.

Les plus célèbres de ses expériences sont celles dans lesquelles après avoir perforé, avec un poinçon, le crâne d'un chien ou d'un lapin, il injectait par doses successives dans la cavité crânienne de l'animal une certaine quantité d'eau tiède. D'après ces expériences, il fallait injecter une quantité de liquide égale au sixième du volume du cerveau pour obtenir des effets évidents de compression. Or, la capacité du crâne étant en moyenne, chez l'homme, de 1 kilogramme 400 grammes, il eût donc fallu, pour qu'un épanchement comprimât dangereusement le cerveau, qu'il atteignît le poids de 233 grammes, quantité qu'on ne trouve que très-exceptionnellement, si même on la rencontre.

Mais une autre expérience de Malgaigne eut dû montrer combien la précédente était dénuée de valeur. Malgaigne injecte de l'eau tiède comme dans l'expérience précédente, l'animal est hémiplégique; mais bientôt l'hémiplégie ayant cessé, une nouvelle quantité de liquide est injectée et l'hémiplégie reparaît ; bientôt elle cesse de nouveau, et, d'injection en injection, l'expérimentateur introduit dans le crâne de l'animal, sans qu'il succombe, une quantité de liquide supérieure à la capacité totale du crâne, vidé du cerveau qu'il renferme.

Que se passait-il dans cette expérience? Injecté entre la dure-mère et le cerveau, le liquide se répandait librement sur toute la surface de l'hémisphère, s'y étalait, en quelque sorte, pénétrait en partie dans le canal rachidien, mais était bientôt repris par l'absorption et disparaissait. Il ne pouvait donc produire qu'une compression légère et de courte durée qui, s'exerçant d'ailleurs sur toute la surface de l'hémisphère, ne pouvait avoir la gravité de la compression lorsqu'elle est due à un épanchement de sang siégeant entre la dure-mère et les os.

En effet, et je le montrerai tout à l'heure par des exemples de plaies cérébrales, les parties périphériques du cerveau n'ont pas l'importance physiologique de ses parties centrales. Or, quand un épanchement limité siége entre la dure-mère et les os, dans une région qui correspond à la fosse temporale, la saillie de la dure-mère, refoulée en dedans, comprime le cerveau sur un point; la pression se transmet aux parties plus profondes, aux corps striés, aux couches optiques, aux ventricules. De là des perturbations fonctionnelles qui n'existeraient pas si une quantité même plus considérable de sang, au lieu d'être rassemblée en un foyer limité, était disséminée largement et librement sur toute la surface de l'organe.

L'expérience de Malgaigne, si décisive en apparence, ne prouvait donc rien contre la réalité des accidents de compression, produits par les épanchements sanguins, siégeant entre la dure-mère et les os. Les expériences sur les animaux ont une valeur que je ne contesterai jamais; mais quand il s'agit de juger des faits de la pathologie humaine, quand des accidents, malheureusement trop fréquents et trop fréquemment suivis de mort, répètent nombre de fois l'expérience sur l'homme, on me permettra de placer l'observation clinique au-dessus et fort au-dessus de la pathologie expérimentale *in animâ vili*. Or, des faits aujourd'hui assez nombreux, parfaitement observés, démontrent incontestablement que les accidents sérieux d'hémiplégie observés dans ces circonstances sont dus à la compression du cerveau, et qu'il a suffi de faire disparaître la cause de la compression pour faire disparaître les accidents.

Il est rare que l'hémiplégie se montre au moment même de l'accident; elle survient le plus souvent quelques heures ou quelques jours après. Il ne s'agit donc pas d'une lésion traumatique directement déterminée par la chute. C'est là, pour moi, un point qui mérite une grande importance. Une hémiplégie complète survenue immédiatement après l'accident, surtout si elle est accompagnée de coma ou de perte complète de connaissance, indique une grave lésion d'un hémisphère cérébral. C'est dans la première classe que doit figurer ce cas, car l'hémiplégie perd sa signification et s'efface devant la présence des symptômes : coma, insensibilité, stertor.

Au contraire, s'il y a convulsions épileptiformes survenant après une hémiplégie, surtout si ces convulsions alternent avec la paralysie ou lui succèdent dans le membre d'abord paralysé, les convulsions perdent de leur gravité symptomatique, car elles indiquent une irritation locale ou une inflammation localisée du cerveau, limitée au point où existait la compression.

L'importance de l'hémiplégie, celle de la limitation des convulsions, dominent la présence des phénomènes convulsifs, surtout quand ils sont généralisés. Aussi est-ce dans cette troisième classe que j'ai cru devoir faire rentrer deux cas dans lesquels il y eut à la fois hémiplégie et convulsions.

Sur le relevé que j'ai fait, dix malades avaient présenté de l'hémiplégie, mais deux d'entre eux avec quelques légères convulsions. L'hémiplégie avait paru chez trois malades le deuxième jour, chez un le quatrième jour, chez un le cinquième, chez un le neuvième, chez un le dix-neuvième, chez un la troisième semaine. Chez deux autres, elle était survenue immédiatement après l'accident; mais chez tous

deux il y avait eu issue de matière cérébrale à travers l'ouverture faite au crâne par la fracture comminutive.

Les lésions observées lors de la trépanation montrent la relation qu'il y avait entre elles et les symptômes, et, de plus, le résultat immédiat de l'opération met hors de doute l'influence de la compression, influence niée à tort et démontrée réelle par l'observation même.

1 fois, il y avait hémiplégie à droite ; on trouve un caillot volumineux entre la dure-mère et le pariétal gauche, caillot fourni par la rupture d'une branche de la méningée moyenne.

1 fois, il y eut hémiplégie droite : il y avait fracture du pariétal gauche avec issue de matière cérébrale.

1 fois, on avait observé une paralysie du bras droit ; la moitié gauche du frontal était brisée comminutivement, et de la substance centrale était sortie par l'ouverture.

1 autre fois, l'hémiplégie était à droite ; il y avait fracture avec enfoncement de l'écaille gauche de l'occipital, et compression limitée du cerveau par le fragment.

1 fois, l'hémiplégie, survenue le dix-neuvième jour, était due à la pression exercée par un séquestre mobile du pariétal du côté opposé ; il y avait eu quelques convulsions.

1 fois, on trouve un caillot entre la dure-mère et les os ; les accidents disparaissent deux heures après l'opération.

1 autre fois, le même résultat immédiat fut obtenu ; mais il survint ultérieurement une méningite qui emporta le malade le septième jour.

1 fois, la guérison suivit l'opération, quoiqu'on n'eût trouvé aucun épanchement entre la dure-mère et les os.

1 fois, une hémiplégie gauche disparut après l'opération ; mais un fongus cérébral enleva le malade trois mois après la trépanation.

1 fois, il y avait paralysie du bras gauche ; on trouve un petit caillot adhérent à la dure-mère.

De ces dix malades, sept guérirent, trois moururent, l'un, après trois mois, de hernie du cerveau ; l'autre d'infection purulente, le quatorzième jour ; le troisième de méningite, le septième jour.

Mais ce résultat ne prouve rien contre la valeur et la signification du signe diagnostique, car chez tous ces malades l'hémiplégie disparut après l'opération.

L'hémiplégie n'est donc pas un symptôme aussi grave que les convulsions et que le coma. En outre, dans tous ou presque tous les cas où l'on a fait le trépan pour remédier à l'hémiplégie, on a trouvé dans la lésion anatomique la justification de l'opération.

Il n'en a presque jamais été ainsi dans les opérations de trépan pratiquées dans les cas de convulsions ou de coma persistant. La trépanation dans le coma nous donne une mortalité de 75 pour 100; après des convulsions, 94 pour 100; après l'hémiglégie, 36 pour 100.

En résumé, trois ordres différents de symptômes correspondent à trois genres de lésion, et commandent les indications et les contre-indications du trépan :

1° Le coma avec stertor répond soit à une lésion cérébrale grave, soit à un épanchement succédant à la commotion du cerveau. Dans ces cas, il faut s'abstenir ou du moins attendre.

2° Les convulsions indiquent soit une méningite ou une méningo-encéphalite, soit la blessure du cerveau par un fragment d'os. Dans le premier cas, il faut s'abstenir; dans le second (et il facile de s'assurer de la pénétration et de l'enfoncement), il faut se hâter d'opérer.

3° L'hémiplégie est le signe de la compression du cerveau tantôt par un fragment osseux, le plus souvent par du sang épanché. L'indication est de trépaner de suite.

J'aborde maintenant la question principale : Dans quelles circonstances devons-nous recourir à la trépanation? Ce que j'ai exposé déjà a facilité et abrégera ma tâche; mais il me faut cependant examiner encore une question préjudicielle : celle du degré de nocuité de la trépanation envisagée d'une manière absolue; celle, en un mot, du danger que l'opération du trépan fait courir au malade.

M. Fischer a publié récemment, dans les *Archiv für klinische Chirurgie*, le résultat d'expériences faites par lui sur des animaux pour éclairer cette partie du problème. Aucun des animaux trépanés n'a succombé des suites mêmes de l'opération. Mais, je l'ai dit déjà, l'expérimentation sur les animaux peut aider l'observation clinique; elle ne doit pas s'y substituer.

Si nous nous bornions à examiner les résultats statistiques fournis par nos hôpitaux, il ne nous resterait peut-être qu'à proscrire le trépan : de 1835 à 1841, les 15 opérations faites dans les hôpitaux de Paris ont été toutes suivies de mort. Mais il ne faut pas oublier, d'une part, que l'état insalubre, la mauvaise hygiène de nos établissements hospitaliers, état qu'il ne nous est pas permis de changer, puisque l'omnipotence appartient à l'administration, tue beaucoup d'opérés que nous pourrions sauver si nous étions libres de régler directement l'hygiène de nos établissements; et d'autre part la répulsion, ou du moins l'éloignement que nous éprouvons pour le trépan, fait qu'on ne l'applique guère, à Paris, que dans les cas les plus graves, à la dernière extrémité et souvent trop tard.

Les résultats sont bien moins fâcheux ailleurs. Pendant la guerre

de la sécession, il a été fait, dans l'armée des États-Unis, 107 opérations de trépan pour plaies d'armes à feu du crâne ; il y eut 47 guérisons, 60 morts ou 56 pour 100 de mortalité.

Le relevé des observations anglaises de 1857 à 1866 me donne 134 opérés avec 58 guéris et 76 morts, ou 56 pour 100 de mortalité, chiffre identique au précédent.

Mais le trépan n'est pas la seule cause de la mort; nous avons vu que presque toujours elle était déterminée par des lésions naturelles sur lesquelles l'art n'a aucune prise. Il serait donc intéressant de savoir, pour un grand nombre d'accidents semblables, quelle est la mortalité de la trépanation et celle de l'abstention. J'ai relevé, parallèlement aux observations dont je vous ai parlé jusqu'à présent, celles dans lesquelles il n'y avait eu aucune intervention chirurgicale active. Ici encore, nous avons une puissante cause d'erreur : le petit nombre de faits publiés. Mais même en acceptant, ce qui me paraît juste, la plus grande fréquence de la publication des cas heureux, nous trouvons 57 observations de fracture du crâne donnant 32 morts et 15 guérisons, c'est-à-dire 68 p. 100 de mortalité, chiffre bien supérieur à celle du trépan.

Mais nous pouvons encore juger approximativement la gravité du trépan en examinant les résultats do l'opération, lorsqu'elle a été appliquée dans des cas où l'absence de phénomènes cérébraux indiquait l'absence do lésion grave et primitive du cerveau.

34 trépanations ont été faites dans ces conditions. Chez un malade encore en traitement lors de la publication de son observation, le résultat reste inconnu ; il nous reste donc 33 opérés sur lesquels 24 ont guéri et 9 sont morts.

Mais, dans trois au moins des cas mortels, le trépan ne saurait être responsable.

Une fois le blessé mourut le jour même de l'accident et de l'opération ; on trouva dans l'abdomen un vaste épanchement sanguin dû à la rupture de la veine rénale.

Une fois le blessé, écrasé par la chute d'une lourde pierre, mourut comme le précédent, le jour même do l'accident, avec un vaste emphysème thoracique dû à la rupture de plusieurs côtes et à une fracture de la clavicule.

Une fois la méningite fut attribuée, non sans raison, à la présence dans le cerveau d'un fragment osseux.

Si nous mettons tous les autres décès sur le compte du trépan, nous trouverons 24 guéris et 6 morts, ou 20 p. 100 de mortalité.

Mais là encore l'étude des observations diminue la responsabilité du trépan. Deux des opérés succombèrent le cinquante-troisième et

le cinquante-huitième jour à un fongus cérébral; mais tous deux étaient atteints de fractures comminutives du crâne; l'un par coup de feu reçu à bout portant, l'autre par un coup de barre de fer, et la hernie cérébrale eût peut-être eu lieu, même sans l'opération. Deux moururent de méningite suppurée ; un d'infection purulente après son passage dans un autre hôpital ; une fois enfin l'autopsie ne fut pas faite.

Le trépan n'est donc pas une opération absolument innocente, et personne ne soutiendra qu'il soit indifférent de se faire ouvrir le crâne; mais la gravité de l'opération n'est que minime par rapport à celle des accidents qu'elle est appelée à combattre, et elle n'est pas par elle-même une cause suffisante de mort pour que l'on doive hésiter à la pratiquer non-seulement quand il y a indication, mais encore lorsqu'il y a doute.

Des indications à l'opération du trépan. — La question de l'opportunité de la trépanation peut être agitée dans des circonstances multiples et bien différentes.

1° Il n'existe pas d'accidents primitifs, et il y a : A, une fracture simple du crâne, B, une fracture avec enfoncement;

2° Il existe des accidents primitifs et il y a : C, absence de fracture; D, une fracture simple; E, une fracture avec enfoncement.

3° Il survient des accidents cérébraux plus ou moins longtemps après l'accident et il y a : F, absence de fracture; G, fracture simple ou fracture avec enfoncement.

Que faire dans ces circonstances?

1° *Il n'existe aucun accident cérébral*, mais on constate :

A. Une fracture simple du crâne. Dans ces circonstances il faut s'abstenir, et personne, je crois, ne voudra revenir au trépan préventif comme le pratiquaient Quesnay, Le Dran, J. L. Petit, P. Pott. Sur dix blessés atteints de fracture simple du crâne et ne présentant aucun accident, disait P. Pott, sept succombent à des accidents ultérieurement développés; il vaut donc mieux trépaner inutilement trois malades qu'en laisser mourir sept qu'on aurait pu sauver par une opération. Mais aujourd'hui que l'observation nous a appris que la fracture simple de la voûte crânienne est loin d'être, sept fois sur dix, suivie de mort, le raisonnement de P. Pott ne s'appuie plus sur aucune base solide; et personne de nous, atteint de fracture simple du crâne, mais ayant conservé l'intégrité de ses fonctions cérébrales, ne se montrera partisan du trépan préventif au point de courir par la ville pour aller trouver un ami qui veuille bien lui ouvrir la boîte crânienne. C'est là le critérium moral et scientifique de la chirurgie pratique.

B. S'il y a fracture avec enfoncement, la question est plus difficile et plusieurs cas peuvent se présenter :

L'enfoncement est léger et il n'y a pas de plaie. Il faut songer d'une part que le malade peut guérir sans accidents ultérieurs et, d'autre part, que l'incision du cuir chevelu, en laissant pénétrer l'air dans le foyer de la fracture, expose le blessé aux dangers de l'infection purulente : il convient donc de s'abstenir et d'attendre.

L'enfoncement est léger, et il y a une plaie, il faut mettre à nu le foyer de la fracture, tenter de relever les fragments avec l'élévatoire, mais s'il faut, pour arriver au résultat cherché, employer le trépan ou la scie de Hey, mieux vaut alors s'abstenir et attendre.

L'enfoncement est considérable, des fragments pressent sur le cerveau; qu'il y ait ou non une plaie il faut mettre à nu le foyer de la fracture, et malgré l'absence de symptômes cérébraux il faut relever les fragments par la scie, l'élévatoire on le trépan, car la présence des fragments aura pour résultat à peu près certain d'amener de l'irritation cérébrale d'abord, et peut-être de l'encéphalite.

2° *Il existe des accidents primitifs*. S'il n'y a pas de plaie, il faut débrider sur le siége de la contusion, ou à l'endroit où l'on suppose qu'a porté le corps vulnérant; car il faut s'efforcer de connaître la cause des accidents.

C. Il n'existe pas ou l'on ne trouve pas de fracture. Nous sommes ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la pratique, et certainement sur ce point nous serons divisés d'opinion, car beaucoup de chirurgiens croient devoir faire ici application de la doctrine : « dans le doute, il faut s'abstenir. » J'ai déjà dit plus haut que pour ce qui regarde le trépan, la conduite inverse me semble la meilleure : « dans le doute il faut agir. »

Lorsque, sans être scientifiquement fixé sur la valeur particulière de chaque groupe de symptômes cérébraux, sans tenir compte de la nature, de l'espèce d'accidents observés mais en n'ayant égard qu'à leur siége, on trépanait à gauche parce qu'il y avait prédominance de symptômes à droite, ou mieux encore lorsqu'on trépanait alternativement à droite et à gauche quand les accidents tels que coma, convulsions, paralysies, étaient généralisés, on pouvait dire que le hasard seul faisait tomber sur le siége de la lésion ; mais aujourd'hui il ne doit plus en être de même. Certes s'il y a du coma, des convulsions epileptiformes générales survenus quelques jours après l'accident, ce qui, pour moi, doit renirer dans la classe des accidents primitifs, il faut s'abstenir pour les raisons que j'ai données tout à l'heure ; mais s'il existe une hémiplégie complète ou partielle, soit seule, soit accompagnée de convulsions du côté affecté, si surtout cette paralysie est

survenue quelques heures ou quelques jours après la chute, mais après que le malade avait repris connaissance, il faut observer avec soin le côté du crâne opposé à la paralysie , et quand bien même un examen attentif ne ferait pas soupçonner le siége précis de la contusion, il faut trépaner sur ou vers la bosse pariétale. En effet, l'examen des faits nous apprend que le blessé atteint ainsi d'accidents est presque fatalement voué à la mort si l'on n'intervient pas; sans doute on m'opposera des cas de guérison, mais ils sont exceptionnels; le trépan, nous l'avons vu, n'ajoute que peu à la gravité de l'état du malade, et c'est ici le cas d'appliquer le raisonnement de P. Pott; sur dix de ces malades, sept mourront si l'on n'intervient pas, qui pourront guérir par notre intervention; sur trois malades notre intervention sera intempestive, mais, comme elle n'ajoutera que peu à la gravité de son état, il vaut mieux risquer de faire trois opérations inutiles, que s'abstenir dans sept cas où l'intervention active aurait pu sauver le malade.

S'il y a des convulsions généralisées, du délire, de l'agitation, des douleurs de tête violentes, faut-il, puisqu'on ne doit pas trépaner, abandonner le malade à lui-même? Je suis loin de le croire, et j'ai à vous proposer un mode de traitement auquel je dois deux guérisons de fractures de la base du crâne accompagnées de délire, d'agitation, de fièvre, en un mot de symptômes d'encéphalite ou de méningite généralisée, mais encore à son début. Ce mode de traitement, c'est l'usage de l'opium à hautes doses.

Le premier malade était un étudiant en médecine, M. S... qui, en 1862, fit une chute dans un escalier; je le trouvai le lendemain matin avec un écoulement séreux par l'oreille gauche, une hémiplégie faciale du même côté, et de plus il sentait, quand il serrait fortement les mâchoires, une crépitation dont il ne soupçonnait ni le point de départ, ni la cause, ni la gravité. Deux heures après la chute, il avait repris connaissance, et ne présenta aucun symptôme cérébral sérieux pendant trois jours; mais le quatrième, il survint de la fièvre, une extrême agitation, d'horribles douleurs de tête qui poussaient le blessé à vouloir se jeter par la fenêtre. Je lui administrai 2 centigrammes d'extrait d'opium toutes les heures, et sous l'influence de cette médication, le délire, l'agitation disparurent, et le malade guérit, n'ayant rien perdu de ses facultés intellectuelles ou physiques.

Le second malade est un homme de quarante-trois ans, qui, le 14 août 1864, avait fait un chute du haut de l'impériale d'un wagon de chemin de fer. J'avais été témoin de l'accident ; le malade fut relevé dans le coma le plus profond, mais il reprit bientôt une semi-connaissance.

Transporté chez lui par ses amis, il me fut rapporté, le 19 août, à l'hôpital de la Charité.

Des troubles graves étaient survenus dans la sensibilité, la motilité et l'intelligence ; de temps en temps le malade tombait dans un état semi-comateux, mais le lendemain se montrèrent des convulsions générales, accompagnées et suivies de cris, d'agitation extrême : je prescrivis des bains et l'usage de l'opium, 2 centigrammes toutes les deux heures. Les accidents cérébraux disparurent en quelques jours, et le malade fut envoyé à l'asile de Vincennes.

Il vint me voir un mois après, voulant, dit-il, m'exprimer de vive voix ses remercîments, car il ne s'était souvenu qu'à la maison de convalescence de son accident, de son séjour à la Charité et des soins que nous lui avions donnés.

M Nathaniel Alcock, médecin à Mooltan (Indes), a publié récemment un succès analogue obtenu par l'injection sous-cutanée de un tiers de grain de morphine.

D. Il existe une fracture simple, il faut attendre s'il existe du coma, employer les opiacés s'il existe des symptômes d'encéphalite généralisée ; il faut trépaner s'il existe de l'hémiplégie ou si la nature des accidents convulsifs laisse croire qu'il s'agit de l'irritation limitée du cerveau par un fragment détaché de la table interne, ou une contusion localisée à la surface de l'hémisphère.

E. Il existe une fracture avec enfoncement. Que l'enfoncement soit léger ou considérable, le doute n'existe plus sur la conduite à tenir dans le cas où il y a des accidents ; il faut trépaner si l'on ne peut autrement relever les fragments.

3° *Les accidents se développent ultérieurement.* — Si un certain nombre de jours ou même de mois après une contusion du crâne avec ou sans plaie, avec ou sans fracture, il se développe des accidents ultérieurs, il faut mettre à nu le siége supposé de la lésion. Le signe donné par Pott et par Le Dran, c'est-à-dire la sécheresse d'un point de la voûte crânienne correspondant à un point où le péricrâne est détaché de l'os sous-jacent, peut servir à indiquer l'endroit où le trépan doit être appliqué. Cette apparition tardive des accidents a toujours une extrême gravité, car le plus souvent elle tient au développement d'une méningo-encéphalite qui se traduit alors par du coma ou des convulsions, rarement par de l'hémiplégie. Les insuccès nombreux obtenus dans les cas qui figurent dans mon relevé (7 morts sur 7 opérés), cas où il n'y avait aucun signe indiquant le siége de la lésion, ne prouvent pas d'une manière absolue la nécessité de l'abstention, car le plus souvent la trépanation a été faite lorsqu'elle eût pu ou dû ne pas l'être, c'est-à-dire lorsqu'il y avait

du coma ou des convulsions généralisées. Dans ces cas, je le répète, il faut s'abstenir. L'abstention est moins rigoureusement indiquée s'il y avait fracture, surtout s'il y avait fracture avec enfoncement ; dans ce dernier cas surtout je crois qu'il faut opérer.

S'il y a hémiplégie tardive ou convulsions limitées, mais trace d'une fracture, il faut agir ; dans cette circonstance on sait où doit être la lésion, et deux opérations dans ces circonstances ont donné deux guérisons.

Si des convulsions épileptiformes surviennent longtemps après une fracture, on doit encore intervenir puisqu'il reste l'espoir de guérir le malade.

Mais une circonstance grave vient se présenter à nous. Des accidents éloignés sont survenus, on a trépané sur le siége de la fracture, et l'on ne trouve rien ni entre la dure-mère et les os, ni entre le cerveau et la dure-mère ; mais, d'autre part, il existe des symptômes locaux indiquant la possibilité de l'existence d'un abcès dans la substance cérébrale, que faut-il faire ? Le chirurgien doit-il porter le bistouri dans le cerveau ? C'est là une question grave. Plusieurs chirurgiens, entre autres Lapeyronie, Roux, après avoir incisé la dure-mère, se sont arrêtés devant l'incision de la substance cérébrale ; l'examen ultérieur a montré que l'abcès était, à l'endroit même où la dure-mère avait été incisée, recouvert par une couche mince du cerveau. J. L. Petit, Dupuytren, plus hardis, ont plongé le bistouri dans le cerveau, et le succès a couronné leur audace.

Detmold, cinq semaines après la trépanation, ayant vu survenir des accidents, pratique dans le cerveau une incision de 1 pouce et demi qui donne issue à du pus ; il y a amélioration. Trois semaines plus tard, le malade perd la mémoire ; le chirurgien rouvre la plaie, et, n'y trouvant rien, il enfonce un stylet à 4 pouces de profondeur vers les ventricules ; sept semaines plus tard, nouvelle incision qui donne issue à du pus ; le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve les deux ventricules remplis de matière purulente.

Certes, je ne veux pas donner comme un exemple à suivre la conduite de Detmold, je serais moins hardi, si l'on peut appliquer ici le mot de hardiesse. Être hardi à ses risques et périls, rien de mieux ; mais dans ces cas les risques ne sont pas du côté du chirurgien.

Je crois cependant qu'il ne faut pas hésiter dans certaines circonstances à inciser le cerveau ; des faits nombreux ont prouvé l'innocuité fréquente des lésions traumatiques du cerveau, quand elles portent sur la périphérie des hémisphères ; ils doivent inspirer aux chirurgiens une certaine assurance qui les engage à ne pas reculer

devant la nécessité d'intéresser avec le bistouri les couches superficielles de la substance cérébrale.

Larrey, David Rice (de Boston), Gibbs de Perry (Ohio), Hennen, etc., ont cité des faits de biscaïens et de balles gardés longues années dans le cerveau. M. Guyot (de Rennes) en a retiré avec succès des fragments de bois. Un malade dont le crâne est au musée de Santa-Maria Nuova, à Florence, eut pendant quatorze ans, dans le cerveau, un bout de stylet. Un homme observé par M. Bonnefous (de Rhodez) porta deux ans, dans l'encéphale, une lame de couteau. Selwyn (de Cheltenham), William Beaumont, le célèbre physiologiste, ont retiré de l'intérieur du crâne un couteau, une baguette d'artifice qui y avaient pénétré par l'orbite : les blessés guérirent. L'extrémité d'un bâton de chaise entra à une profondeur de 4 centimètres dans le cerveau d'un enfant de deux ans observé par Griswold (de Goodwimville) : l'enfant guérit. Un autre enfant de trois ans, tombé sur la pointe d'une grille en fer, resta suspendu à cette grille par une pointe qui avait pénétré de 6 centimètres dans le crâne. Lorsque son père le retira de cette situation, plus terrible encore pour le père que pour l'enfant, des fragments de cerveau restaient adhérents à la tige de fer : le blessé, soigné par M. James Cooper, ne conserva que de la faiblesse dans un bras et dans les fléchisseurs d'une des cuisses.

Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, une culasse de fusil retirée par M. Lejeal (de Valenciennes) du crâne d'un contrebandier aujourd'hui guéri, et cette culasse avait pu séjourner de longs jours dans le cerveau sans que les médecins qui virent le malade aient soupçonné la présence d'un corps étranger. Et bien, je trouve dans la science quatre cas à ajouter à celui-là. Robert Hughes retira du cerveau d'un homme condamné à la détention avec travail forcé une culasse de fusil que cet homme portait dans le crâne quatorze mois déjà avant sa condamnation. Comme M. Lejeal, vingt-six jours après une plaie du frontal avec issue de matière cérébrale, un chirurgien américain fut fort étonné de trouver une culasse de fusil dans le crâne de son malade, qui guérit sans autre accident que la perte de la vision dans l'œil gauche. Un jeune homme de quatorze ans fut moins heureux : il mourut le vingt-quatrième jour après une plaie du frontal. M. Cunningham trouva, appuyée sur l'occipital, une culasse de pistolet qui avait traversé le cerveau. Un officier anglais garda pendant huit ans une culasse de fusil logée dans son cerveau. Le blessé n'ignorait pas ce qu'il avait ; mais il ne voulut pas se laisser extraire ce corps étranger, qui finit, au bout de huit ans seulement, par déterminer des accidents mortels. Phinéas Gage, âgé de vingt-cinq ans, travaillant au Rutland and Burlington railway en 1848, eut la tête

traversée, de l'angle gauche de la mâchoire au centre du frontal, par un pic de fer pesant treize livres et long de trois pieds, lancé par l'explosion d'une mine. Soigné par MM. Williams (de Norfield) et Harlow, il guérit, et son observation, rapportée par M. Bigelow, est complétée depuis par M. Heny Trewit (de Valparaiso), qui, onze ans après, retrouva Gage conducteur de voitures au Chili.

Dans une exploitation agricole de l'Angleterre, un éclat de mine avait mis à nu le cerveau d'un individu. Deux chirurgiens appelés auprès du blessé, après avoir retiré la poudre et autres corps étrangers qui s'étaient incrustés à la surface de l'organe, ne craignirent pas, dans un but de curiosité scientifique criminelle et odieuse, d'enfoncer à plusieurs reprises une sonde cannelée à travers les couches superficielles de l'hémisphère dénudé, de manière à dilacérer la pulpe cérébrale. Cependant le malade guérit.

Dans tous ces faits, les parties centrales du cerveau furent respectées; les parties périphériques seules furent atteintes, et ils nous montrent que les blessures du cerveau, lorsqu'elles n'intéressent que la périphérie de l'organe, n'ont pas la gravité que l'on pourrait supposer *à priori*. Ils sont confirmatifs des résultats des expériences instituées par M. Flourens et par M. Vulpian sur les animaux. Mais ces observateurs ont démontré que les lésions des couches cérébrales profondes entraînent des accidents graves, et même la mort immédiate.

On peut donc plonger le bistouri dans la substance cérébrale lorsque l'on a lieu de croire à l'existence d'un abcès, à la condition, toutefois, de ne pas pénétrer dans les couches centrales, dans les cavités ventriculaires.

En résumé, trois ordres de phénomènes dominent la pathologie des coups et blessures de la tête, et les indications thérapeutiques des accidents, au point de vue de l'opération du trépan : ce sont le coma, les convulsions, l'hémiplégie.

Dans le coma, la règle est d'attendre.

Dans les convulsions, le principe est de n'opérer jamais ou presque jamais.

Dans l'hémiplégie simple ou compliquée de convulsions partielles, l'indication est d'intervenir toujours ou presque toujours, et d'intervenir de bonne heure.

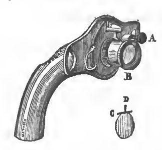
Dans le cas d'accidents tardifs, il faut intervenir si, à l'hémiplégie cérébrale, se joignent des signes de fracture avec dénudation du crâne; et si, à la suite du trépan, on ne trouve pas d'épanchement, il ne faut pas craindre de porter le bistouri dans les couches extérieures de cerveau présumées être le siége d'un abcès.

J'ajouterai enfin : dans tous les cas où le doute existe, il faut agir.

Dans ces conditions, le trépan est une opération excellente qui mérite de prendre, dans la pratique de la chirurgie française, une place honorable aussi éloignée de l'engouement dont elle fut l'objet au temps de l'Académie royale de chirurgie, que du discrédit profond où elle est tombée aujourd'hui.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. BROCA présente une nouvelle canule à trachéotomie construite sur ses indications par M. Mathieu.



Il est souvent difficile de savoir quand on peut sans danger retirer la canule trachéale. Si on la retire avant que la perméabilité du larynx soit rétablie, le malade est exposé aux dangers de la suffocation, car on replace quelquefois difficilement la canule que l'on vient d'enlever. Celle-ci est munie d'une ouverture sur la convexité de sa courbure, permettant à l'air de passer dans le larynx lorsque l'on bouche l'extrémité antérieure de l'instrument. A cette extrémité antérieure s'applique une pièce mobile renfermant une soupape dont l'occlusion est réglée par le mouvement d'une vis. En fermant plus ou moins cette soupape, on force l'air à passer plus ou moins par le larynx, et lorsqu'on a pu tenir cette soupape fermée pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, on a la certitude de pouvoir sans danger retirer la canule, puisqu'on s'est assuré que le passage de l'air par les voies naturelles est redevenu possible et suffisant.

Le secrétaire annuel, Léon LEFORT.

SÉANCE DU 27 MARS 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

MM. Gurlt (de Berlin) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Mémoires et compte rendu des travaux de la Société de médecine du Havre, 1864-1865;

Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs, par M. Mougeot, docteur en médecine;

Essai sur la vie du docteur Rigal (de Gaillac), par M. le docteur G. Gouzy;

Notes on the progress of acupuncture, par le professeur Simpson (d'Edimbourg), 2e édition, 1867;

Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professées par M. Desgranges. Premier fascicule, comprenant des observations de : 1° tumeurs du sein; 2° tumeurs de l'abdomen; 3° corps étrangers des articulations.

— **M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL** donne lecture d'une observation adressée à la Société par M. Ciniselli (de Crémone), intitulee : *Anévrysme de la carotide*, guéri par la compression directe.

M. VELPEAU. L'observation de M. Ciniselli est des plus intéressantes, et si ce n'était la notoriété scientifique de l'auteur, on pourrait émettre quelques doutes sur le siége exact de l'anévrysme qui a été ainsi guéri par la compression. Il est difficile, sur le vivant, de bien établir que c'est la carotide ou bien une de ses branches qui porte la tumeur anévrysmale. En présence d'une guérison aussi inespérée, j'aurais quelque tendance à croire qu'il s'agissait d'une blessure de l'une des branches de la carotide.

M. LE FORT. Je partage les doutes émis par M. Velpeau; le diagnostic est très-embarrassant, et je rappellerai à ce sujet que l'autopsie a démontré qu'on avait lié six fois la carotide pour des anévrysmes qui intéressaient la vertébrale. J'ajouterai que si, dans l'observation de M. Ciniselli, il est dit que la carotide était per-

méable, on ne précise pas suffisamment; le sang parcourait-il directement le vaisseau ou bien était-il ramené par les collatérales?

Anévrysme de la carotide, guéri par la compression directe, par M. Ciniselli (de Crémone), membre correspondant de la Société.

(Observation présentée de la part de l'auteur, par M. le professeur Velpeau.)

Un maçon de vingt-deux ans, sain et vigoureux, fut atteint d'un coup de couteau pointu à la partie supérieure et gauche du cou; une hémorrhagie abondante s'ensuivit, cependant la plaie guérit par réunion immédiate.

Un mois après, apparut sous la cicatrice une tumeur pulsatile du volume d'un grain de maïs; cependant le blessé continua ses travaux et ne songea à se soigner que neuf mois après, alors que la tumeur avait notablement grossi. On essaya la compression digitale de la carotide au-dessous de l'anévrysme, en faisant, plusieurs fois par jour, des séances d'une demi-heure de durée. Ce traitement, continué soigneusement pendant trois semaines, n'eut aucun résultat.

Au mois de novembre 1865, onze mois après la blessure, le malade, habitant les bords du lac de Côme, me fut adressé, à l'effet de savoir si l'on pourrait appliquer la galvano-puncture.

La tumeur avait le volume d'une grosse noix; elle naissait de la partie supérieure de la carotide primitive, s'élevait jusqu'à la face extérieure de la mâchoire et s'étendait jusqu'à la saillie du cartilage thyroïde; elle était tendue, animée de pulsations fortes et visibles, et s'affaissait notablement par la compression de la carotide. On pouvait s'assurer par le toucher, de l'absence de tout caillot fibrineux dans le sac. Le bruit de souffle manquait aussi. Veines du cou à l'état normal. L'individu, bien portant du reste, se plaignait seulement des pulsations qui troublaient son sommeil.

J'examinai d'abord l'opportunité de la galvano-puncture. Or, en considérant que l'anévrysme était en voie de progrès, que le cours très-libre du sang dans son intérieur pouvait s'opposer à la formation du caillot électrique ou, transportant ce caillot dans les vaisseaux cérébraux, faire naître des accidents d'embolisme, que cette méthode pouvait provoquer une réaction assez forte en raison de la vigueur du sujet et du degré de vitalité de la partie, qu'en cas d'insuccès très-probable, comme je l'ai démontré pour cette artère, il faudrait faire la ligature de la carotide dans les conditions les plus défavorables; pour toutes ces raisons, je rejetai la galvano-puncture, et mon avis fut partagé par plusieurs de mes collègues, qui, rassemblés en

consultation, pensèrent que le moyen le moins dangereux consistait à lier la carotide.

Cependant, comme le sac était assez résistant encore, il n'y avait pas urgence à pratiquer cette grave opération ; aussi, je voulus tenter la compression directe avec une éponge, moyen qui m'avait réussi dans un anévrysme de l'artère axillaire.

A la vérité, le cas présent était bien différent et réunissait les circonstances les plus contraires à l'application et au succès de la méthode ; néanmoins, je procédai de la manière suivante : une éponge souple, globuleuse, beaucoup plus volumineuse que la tumeur, fut appliquée à la partie la plus élevée du cou; sur sa partie moyenne était fixée, par une épingle, une bande de flanelle dont l'un des chefs passait sous l'oreille gauche, sur la tubérosité occipitale, sur la région temporale droite et enfin sur le sommet du front, tandis que l'autre chef, traversant la région sous-maxillaire, remontait sur la région temporale droite, sur le sommet de la tête, et redescendait enfin sur l'éponge, où elle était également fixée par une épingle. Une dernière épingle unissait ensemble les deux chefs au niveau de la région temporale droite.

La pression exercée par l'éponge, suffisait pour faire cesser les pulsations. Un doigt, introduit sur cette éponge, constatait néanmoins que le volume de la tumeur était à peine changé. La bande avait l'avantage de laisser libre la circulation de la carotide ; elle ne se dérangeait pas trop souvent et s'appliquait aisément. La compression, presque continuelle, n'était interrompue que pendant quelques heures de nuit. L'appareil se dérangeait pendant le sommeil. Une fois par jour, l'éponge était imbibée d'eau fraîche et exprimée; elle gardait ainsi son élasticité.

La compression ainsi faite constituait tout le traitement. Le malade restait debout tout le jour, il usait de vin et d'un régime nourrissant.

Après douze jours de compression, l'amélioration était sensible, la tumeur avait diminué de volume, les parois du sac étaient plus fermes, les pulsations moins fortes. La compression fut continuée sans interruption, de sorte qu'après quatre-vingt-dix-sept jours, l'anévrysme, réduit au volume d'une noisette, était dur, sans pulsations, irréductible, agité seulement par la pulsation de la carotide, laquelle était restée perméable.

Les choses étaient dans le même état en août 1866; cinq mois plus tard, c'est-à-dire en janvier 1867, je revis le malade. Cette fois, la tumeur avait complétement disparu; il n'en restait d'autre trace qu'une petite nodosité inégale, aplatie, siégeant à la partie supérieure de la carotide qui était tout à fait normale.

Cette observation offre une grande importance pratique ; elle a trait en effet à un anévrysme difficile à guérir, autant par son siége que par sa cause. La compression employée seule, par le procédé le plus simple, est parvenue, dans les conditions les moins favorables à son application, à opérer la réduction du sac.

Dans les observations déjà connues, où la compression directe a réussi, le degré de pression n'est pas indiqué. Les moyens les plus variés ont été mis en usage : on a employé simultanément la compression indirecte, l'application du froid et des styptiques, la méthode de Valsalva ou un traitement interne propre à ralentir la circulation ; en un mot, on n'a pu juger l'efficacité de la compression directe, qui a été regardée jusqu'à ces derniers temps, comme insuffisante et dangereuse même en certaines circonstances.

Si on examine les cas de succès, on constate que la compression directe a été appliquée avec douceur, en s'opposant peut-être à l'expansion du sac qui, grâce à la contractilité de son tissu, a pu revenir peu à peu sur lui-même jusqu'à complète disparition, comme cela est arrivé dans l'observation précédente.

En lisant plusieurs traités de chirurgie anciens et modernes, j'ai trouvé décrite, avec plus ou moins de détails, la méthode de la compression directe, mais sans indication de la marche à suivre. Il semble que le meilleur procédé consiste à comprimer avec un corps souple égèrement élastique, embrassant le plus possible la tumeur et la réduisant à l'état de repos. Une telle compression suffisant au but, ne gênant aucunement le malade, peut être continuée sans interruption pendant un temps qui ne peut être que très-long.

Ce fait seul, ayant à ma connaissance beaucoup d'analogie avec celui que je viens de rapporter, est relatif à un anévrysme poplité guéri de la sorte, par E. G. Bancker. Il est relaté dans le *Dublin médical press.*, oct. 1839 et dans le *British and Foreign med. Review.* January, 1840.

COMMUNICATION.

Suture sous-cutanée des tendons.

M. DUBRUEIL fait part à la Société que, dans de nombreuses expériences sur les animaux, il a exécuté la suture sous-cutanée des tendons. Ce mode de réunion lui aurait permis d'obtenir des cicatrices presque linéaires.

ÉLECTION DE MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sont élus au scrutin, MM. Van Buren, Spencer Wells, John Simon, Zeis et Deroubaix.

Discussion sur le trépan. (Suite.)

M. LEGOUEST. Je doute que personne ait été plus heureux que moi de voir s'ouvrir, dans le sein de la Société de chirurgie, une discussion sur l'opération du trépan. Mis en demeure, chaque année, dans mon cours sur les blessures par armes à feu, de formuler les indications de cette opération, j'espérais trouver dans les opinions de nos collègues des données plus précises que celles qui sont généralement répandues. Mais, jusqu'à présent, il me semble que l'incertitude est la même qu'avant la communication de M. Broca.

Cependant on peut faire deux parts de ceux de nos honorables collègues qui ont pris la parole sur la question : ceux qui nous ont apporté le tribut de leur expérience personnelle, et ceux qui nous ont fait part du résultat de leurs lectures et de leurs méditations. Ces derniers me paraissent être restés dans le *statu quo ;* les autres, chose assez singulière, ceux qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés de la pratique, me paraissent incliner davantage vers l'opération.

Cela prouve, à mon sens, que la trépanation du crâne est un point de chirurgie qui n'est pas encore jugé pour tout le monde, qui doit être remis à l'étude, et qui ne peut être résolu que par des observations nouvelles, relevées avec soin et sans opinion préconçue.

Je dis sans opinion préconçue, parce que, quand Desault repoussait la trépanation du crâne, sous prétexte que cette opération n'avait jamais donné un succès à l'Hôtel-Dieu, la pourriture d'hôpital était encore en permanence dans cet établissement qui ne devait pas offrir aux chirurgiens beaucoup plus de sécurité pour les autres opérations ; que de plus, Desault était l'adversaire déclaré des opinions de l'Académie royale de chirurgie, dont il ne faisait pas partie.

Et lorsque plus tard Gama et surtout Malgaigne, après lui et d'après lui, condamnèrent le trépan, ils se fondèrent sur l'opinion de Desault, sur quelques observations favorables à leur manière de voir, et sur des expériences d'une valeur aujourd'hui contestée, à savoir : des injections d'eau faites impunément dans le crâne des animaux.

Quoi qu'il en soit, ce fait signalé par M. Deguise que le trépan n'est pas en honneur en France, subsiste; et cependant la trépanation du crâne est toujours acceptée en Angleterre ; elle a été largement pratiquée pendant la guerre de la sécession des États-Unis.

Je puis mettre sous les yeux de la Société les résultats qui ont été obtenus de cette opération dans les armées américaines et que je lui ai déjà signalés, en les comparant aux résultats de la pratique des chi-

rurgiens anglais et français, dans les plaies de tête, pendant la guerre de Crimée.

En Crimée, toutes les blessures de la tête, sans distinction, ont été, dans l'armée française, au nombre de 2,774 et ont donné 764 morts ou 27,5 morts pour 100. Dans l'armée anglaise, elles ont été de 901, et elles ont donné 180 morts ou 20 morts pour 100. On peut en conclure légitimement que les chirurgiens anglais ont été plus heureux que nous dans le traitement des plaies de la tête en général, sans affirmer cependant que l'avantage qu'ils ont obtenu soit dû à la pratique du trépan, plus étendue chez eux que parmi nous.

En Amérique, pendant la guerre de la sécession, sur 5,046 plaies de tête, on a relevé 3,942 cas de contusions ou plaies du cuir chevelu, qui ont donné 103 morts ou 2,6 pour 100; et 1,104 cas de fractures du crâne avec perforation, pénétration ou enfoncement, de fractures sans enfoncement, et de contusions compliquées de lésions de l'encéphale, dont les résultats ne sont pas encore tous connus.

Mais 114 cas connus, dans lesquels on a enlevé des esquilles ou des corps étrangers, sans trépanation, ont donné 53,5 morts pour 100; et 107 cas de trépan ont donné 50,6 morts pour 100. D'où il résulte que l'ensemble des cas traités par une opération, trépan, extraction d'esquilles ou de corps étrangers avec les pinces ou l'élévatoire, ont donné 54 morts pour 100; tandis que sur 483 cas connus, traités par l'expectation ou médicalement, les morts se sont élevés à 80,5 pour 100. En d'autres termes, la différence des guérisons en faveur de l'intervention chirurgicale est de 26 pour 100 environ.

Bien que ces chiffres n'aient pas une valeur absolue, puisqu'ils ne représentent pas les résultats des 1,104 cas connus des fractures avec ou sans enfoncement, et des fractures avec lésion de l'encéphale, nos confrères d'Amérique n'en concluent pas moins à la réhabilitation du trépan.

Pour nous, l'impression générale qui nous reste de ces documents, puisés dans les statistiques chirurgicales des armées française, anglaise et américaine, pendant les dernières guerres, c'est que les chirurgiens qui ont volontiers pratiqué la trépanation du crâne paraissent avoir été plus heureux que les chirurgiens qui ont pratiqué peu ou point cette opération.

Mais les faits qui sont en contradiction avec les idées généralement reçues et dont nous n'avons pas été témoins, laissent toujours un certain doute dans l'esprit; il faut, pour qu'ils soient acceptés, qu'ils se soient passés sous nos yeux ou qu'ils nous soient directement rapportés et qu'ils puissent être soumis à la discussion.

C'est pourquoi, en présence de l'indécision qui me paraît encore

générale sur la question, il convient que chacun de nous expose ici les circonstances dans lesquelles il a pu se trouver en situation de pratiquer le trépan, les péripéties qu'il a traversées, la conduite qu'il a tenue, les motifs de sa détermination, enfin les résultats qu'il a obtenus. Ainsi se trouveront soumises à un examen contradictoire les indications du trépan qui, dans un temps plus ou moins éloigné, pourront être arrêtées dans la mesure que comporte la variété si grande des manifestations des lésions de l'encéphale.

MM. Broca, Deguise et Perrin sont déjà entrés dans cette voie, où je me propose de les suivre.

Et d'abord il faut s'entendre sur ce que l'on doit appeler la trépanation du crâne. Pour moi, messieurs, l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan pour extraire des esquilles mobiles ou des corps étrangers voisins de la lésion du crâne, ne constitue pas une opération de trépan.

On ne fait une véritable opération de trépan qu'autant que l'on agit sur les os fracturés, enfoncés ou non enfoncés, mais immobiles et fermant solidement encore la boîte crânienne, qu'autant que l'on agit sur les os dénudés ou non dénudés, altérés ou non altérés; en un mot, qu'autant que l'on fait une perforation au crâne pour combattre des accidents à redouter ou déjà déclarés.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'extraire les esquilles mobiles et les corps étrangers : il n'est pas de chirurgien de quelque pratique qui n'ait fait cette opération; et parce qu'ils se sont servis de l'instrument trépan à cet effet, beaucoup pensent avoir fait la trépanation du crâne. Ce qui prête à cette confusion, c'est qu'en pareil cas, les opérations sont faites à deux époques différentes ; immédiatement, lorsqu'en explorant la plaie on rencontre les esquilles mobiles ou les corps étrangers; consécutivement, lorsque des accidents persistent ou surviennent, qui décèlent la présence des corps étrangers ou des esquilles qu'on n'a pas trouvés tout d'abord. Dans l'un comme dans l'autre cas, on n'a pas véritablement trépané, on n'a fait qu'élargir la solution de continuité faite aux os du crâne.

Mais il n'en est pas moins vrai que, pour élargir consécutivement la plaie des os afin d'extraire les esquilles, il faut y être autorisé par certains signes. Or, ces signes sont variables, peuvent disparaître ou même ne pas exister. Les accès épileptiformes ont fourni une indication à M. Broca; il a opéré; son malade a guéri; rien de mieux. Mais chacun sait que les accès épileptiformes, qui ne sont pas rares dans les plaies de tête, disparaissent quelquefois; et chacun sait aussi qu'ils signalent fréquemment le début de l'encéphalite. Dans l'un et l'autre cas, le trépan est donc inutile, pourront dire les adversaires

de cette opération. Je répondrai qu'il est au moins innocent et qu'il peut être utile, surtout si les accès épileptiformes apparaissent peu de temps après la blessure et sont assez éloignés les uns des autres pour n'indiquer qu'une irritation et non pas une inflammation de l'encéphale.

Je me suis décidé à opérer sur des signes moins marqués, et j'ai obtenu des succès. Voici un cas où, sans aucun phénomène autre que l'abondance de la suppuration et l'injection des conjonctives, j'ai appliqué le trépan pour extraire consécutivement des esquilles.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Guérison.

C... (19e bataillon de chasseurs à pied), blessé, le 30 janvier, à Sébastopol, reçu à l'hôpital, le 5 février, à Constantinople.

Coup de feu au milieu et à la partie supérieure du front, à la racine des cheveux. État général bon ; aucun phénomène de compression. La balle restée engagée dans l'os, au dire du blessé, a été extraite immédiatement. Fracture et destruction irrégulière de la table externe ; la table interne forme le fond de la plaie et paraît immobile.

Le 12, un peu d'injection des conjonctives, pesanteur de tête, suppuration abondante de la plaie. Je constate la mobilité de la table interne : essais infructueux d'extraire l'esquille. — Trépanation dans la journée ; extraction de 13 esquilles ; hémorrhagie abondante par le sinus longitudinal supérieur. — Pansement simple, bouillons, laxatif.

Le 17, tuméfaction notable du front, des yeux et des joues ; suppuration très-abondante ; sortie de quelques fragments d'os.

Le 22, les accidents locaux disparaissent rapidement. Il n'y a jamais eu d'accidents généraux. Le malade dort et mange bien. La plaie est comblée par des granulations de bonne nature. Départ pour France.

Je ne prétends pas arguer de cette observation pour dire qu'une fois les esquilles extraites, le malade doit guérir : la violence qui fracture les os ne s'épuise pas sur eux tout entière, et agit souvent encore sur le cerveau. Dans l'observation qui suit, l'extraction des esquilles n'a pas enrayé les accidents ; elle présente cette particularité que la paralysie siégeait du même côté que la blessure et les désordres les plus graves du cerveau.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction d'esquilles à l'aide du trépan. — Mort.

C... (39e de ligne), blessé le 26 janvier devant Sébastopol.

Je le reçois le 1er février. Coup de feu en arrière de la bosse frontale droite. La balle, primitivement engagée dans la table externe irrégulièrement fracturée, a été retirée, au dire du blessé, ainsi que quelques esquilles. Le doigt reconnaît que la table interne formant le fond de la plaie est mobile : il m'est impossible de décider cet homme à se laisser extraire l'esquille interne ; il prétend se porter admirablement.

Le 15 février, je sens l'esquille plus mobile, néanmoins je ne puis l'enlever ; le blessé se décide à se laisser appliquer une couronne de trépan (sans chloroforme). Extraction de huit esquilles formant une surface grande comme la deuxième phalange du pouce.

Le 16 et le 17, bon état.

Le 18, fièvre, tuméfaction des paupières ; le blessé se lève, tombe en syncope et fait une chute à la renverse sur le derrière de la tête.

Le 19, fièvre et céphalalgie modérées. — 30 sangsues aux oreilles, purgatif.

Le 20, paralysie de l'avant-bras et de la main à droite, refroidissement, sensibilité conservée, assoupissement prononcé ; le malade est tombé de sa paillasse, la nuit, sans en avoir conscience.

L'examen de la plaie n'offre rien à signaler, sinon que les bords osseux semblent devoir se nécroser. — Saignée de 500 grammes, purgatifs, etc.

Le 22, mort, sans cris, sans convulsions, dans l'assoupissement le plus prononcé et l'insensibilité générale.

Autopsie. — Un peu au delà et en avant de la couronne de trépan et de la perte de substance osseuse résultant de la blessure, on trouve la dure-mère déchirée et couverte d'un pus noir-verdâtre.

Incisant la dure-mère de ce côté, on rencontre, immédiatement au-dessous d'une couche très-mince de matière cérébrale, un abcès du volume d'un gros œuf, qui laisse échapper un liquide séreux, jaune-verdâtre, mêlé de stries brun-roux et de grumeaux, d'une odeur détestable. Incisant les parois de l'abcès, on constate qu'il a envahi les lobes antérieur et moyen à droite, et que le liquide qu'il renferme remplit tous les ventricules et particulièrement la corne du ventricule gauche où il s'est accumulé, qu'il a passé dans le quatrième ventricule par l'espace sous-arachnoïdien postérieur, s'est répandu en nappe sous le lobe postérieur gauche, sur toute la surface du cervelet, la

moelle allongée, pour s'arrêter à la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale.

Par contre, le fait suivant prouve que la présence d'esquilles peut être supportée sans donner lieu à aucun symptôme, comme je le disais tout à l'heure.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et de quelques esquilles. — Sortie spontanée d'esquilles abandonnées dans la plaie. — Guérison.

B... (39e de ligne), blessé le 31 janvier devant Sébastopol.

Coup de feu un peu en arrière de la bosse frontale droite; la balle reste engagée dans l'os. Je la retire, le 3 février, avec quelques esquilles, à l'aide de l'élévatoire et des pinces. On constate les battements du cerveau à travers la dure-mère.

Suppuration abondante, mais de bonne nature; état général très-bon.

Le 13, deux petites esquilles se présentent spontanément et sont extraites.

La suppuration diminue.

Le 22, le malade, considéré comme guéri, est évacué sur Nagarah pour rentrer en France.

Depuis le moment où, deux heures après l'accident, le sujet est revenu à lui, il n'a présenté aucun trouble physique ou intellectuel.

Enfin, voici un cas où l'extraction de la balle et de quelques esquilles a été suivi d'un rétablissement complet pendant deux mois; la persistance de la suppuration indiquait néanmoins la présence d'une dernière esquille qui a déterminé un abcès du cerveau et amené la mort.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu. — Extraction de la balle et des esquilles. — Encéphalite survenue trois mois après l'accident. — Incision du cerveau. — Mort.

G... (20e de ligne), blessé le 20 septembre à l'Alma. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche; entré le 23.

Plaie aux tégumens, de forme ronde sur le sommet d'une tuméfaction très-forte; le doigt ne peut être introduit : incision.

Perforation du crâne comme à l'emporte-pièce; toute la troisième phalange de l'indicateur est introduite et rencontre une masse pulpeuse, trop dure pour être le cerveau, et constituée par un caillot.

Pas de fièvre, pas de pesanteur ni de douleur de tête; pouls normal, appétit, selles régulières, intelligence nette, mais oubli des noms

communs. Impossibilité de tirer la langue, dilatation de la pupille droite, vision intacte, intégrité des mouvements.

Cet état se continue jusqu'au 28 ; je sonde la plaie et rencontre le projectile que j'amène un peu difficilement au dehors. Le soir même, la pupille droite est moins dilatée ; la langue peut sortir de la bouche ; intelligence nette.

Le 29, état très-satisfaisant ; le malade se rappelle le nom des aliments et de son pays natal.

Jusqu'au 10 octobre, l'état va s'améliorant ; la mémoire revint peu à peu ; suppuration abondante de bonne nature ; le blessé mange la demi-portion, fume, se lève et se promène.

Au 28, le bien continue ; la plaie se ferme progressivement ; elle laisse sortir une esquille grosse comme une lentille, le 25 ; quelques gouttes de pus par jour. On perçoit distinctement les soulèvements du cerveau.

Jusqu'au 6 novembre, tout va bien, le malade se rend utile dans les salles.

Le 7, suppuration abondante.

Le 15, elle a presque disparu.

Le 16, elle est très-abondante. Incision des téguments et des parties cicatrisées ; extraction de quatre esquilles, égales au diamètre d'une pièce d'un franc, venant de la table interne.

Au 8 décembre, la plaie est presque fermée; trajet fistuleux. Le blessé se considère comme guéri.

Le 20, suppuration abondante ; face vultueuse ; pouls large et lent ; intelligence nette. Je sonde la plaie : esquille très-petite et très-mobile que je ne puis saisir ; je l'abandonne dans l'espoir qu'elle se présentera seule. — Diète, purgatifs, glace sur la tête.

Le 21, à mon arrivée à son lit, le blessé se dresse rapidement. Face plus vultueuse que la veille, conjonctives sanglantes, pouls lent et large, intelligence nette, mais impossibilité de prononcer d'autres paroles que *oui* ou *non*, que le malade répète plusieurs fois de suite et avec une vive impatience de ne pouvoir répondre à mes questions.

L'esquille sentie la veille se présente à l'orifice du trajet fistuleux ; elle est extraite. — 30 sangsues derrière les oreilles, purgatif, glace sur la tête, sinapismes, vésicatoires.

Le 22, état aggravé : stupeur légère, perte de la parole, immobilité, décubitus dorsal. — 90 sangsues aux oreilles, purgatif, nouveaux vésicatoires.

Le soir, paralysie du côté droit. Incision des téguments et de la cicatrice, mise à nu, de la dure-mère. Il me semble que cette membrane est tendue, et que les battements perçus par le doigt appliqué

sur elle ne sont pas en rapport d'intensité avec les battements du pouls. Présumant un abcès du cerveau, j'incise la dure-mère en croix : le cerveau vient immédiatement faire hernie dans la perte de substance osseuse; je l'incise à la profondeur de 2 centimètres, sans résultat.

Le blessé a perdu une grande quantité de sang par la division de l'artère temporale.

Le 23, le malade est resté dans la position où nous l'avions mis la veille. Refroidissement des pieds et des mains, pâleur du visage, siccité de la conjonctive, quelques cris, perte complète du sentiment : paralysie du côté droit de la face, alternant avec des contractions rapides et fréquentes (70 fois à la minute) du coin de la bouche, du peaucier; mouvements convulsifs ascensionnels du larynx.

Mort dans la journée.

Autopsie. — Un trait de scie circulaire enlève la calotte crânienne.

On aperçoit la dure-mère incisée en croix dans l'étendue de 2 centimètres. A travers l'incision, le cerveau, incisé également l'avant-veille, est d'un rouge livide et fait une saillie de 15 millimètres environ.

Épanchement de pus en nappe sous l'arachnoïde, s'étendant sur les deux hémisphères cérébraux.

Une coupe du cerveau, pratiquée sur l'incision faite pendant la vie, ouvre un foyer purulent de la forme et du volume d'un haricot, situé à 2 ou 3 millimètres plus profondément.

Deux coupes horizontales du cerveau montrent l'engorgement sanguin des vaisseaux et de la masse encéphalique.

Ainsi donc, laissant de côté l'extraction immédiate des corps étrangers et des esquilles mobiles, dont l'indication est toujours présente, on peut dire que l'extraction consécutive est indiquée, sans parler des paralysies, par l'abondance de la suppuration, par la céphalalgie persistante, par l'injection persistante aussi des conjonctives, par la somnolence, par des fourmillements dans les membres, par les accès épileptiformes avec remittence, enfin par tous les signes d'irritation cérébrale, ou, si l'on veut bien me permettre de m'exprimer ainsi, d'encéphalite latente.

Examinons maintenant quelques indications de ce que l'on devrait exclusivement appeler la trépanation du crâne, c'est-à-dire la perforation de la boîte crânienne ayant conservé sa solidité, bien que fracturée.

On pose généralement en principe que, dans les enfoncements modérés du crâne, il ne faut pas trépaner quand il n'y a pas d'acci-

dents immédiats, et surtout quand il n'y a pas de plaie, parce que, dit-on, le cerveau peut s'habituer à la compression, et la boîte crânienne se relever. On admet que les symptômes immédiats et persistants de compression sont des indications du trépan.

Pour moi, messieurs, je pense qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement, avec ou sans accidents immédiats, avec ou sans plaie du cuir chevelu. C'est, me dira-t-on, faire le trépan préventif. Je ne dis pas non. C'est de la chirurgie préventive au même titre qu'on enlève des parties molles, une balle qui ne détermine pas d'accidents, et qui peut-être, *peut-être*, je le répète, pourrait sortir seule. Si des observations condamnent ma manière de voir, permettez-moi de vous en citer d'autres qui militent en sa faveur.

La première est relative à un cas d'enfoncement de la table interne de l'os, sans mobilité. Malgré les symptômes indiquant la trépanation, cette opération ne fut pas faite, en raison de l'état général du sujet.

Coup de feu à la tête. Enfoncement du pariétal. Pas d'opération. Mort.

J... (3e bataillon de chasseurs à pied), blessé le 1er novembre devant Sébastopol.

Entré le 19 novembre. Coup de feu sur la bosse pariétale gauche : fracture du crâne, perte de substance à la table externe faite comme à l'emporte-pièce, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Le cuir chevelu est labouré d'avant en arrière au delà de la lésion de l'os. La table interne ne présente aucune perte de substance, ni mobilité. Dilatation considérable des pupilles, immobilité générale, paralysie incomplète du membre supérieur droit, sensibilité conservée, langue non déviée, somnolence, cris, diarrhée considérable.

Je crois à l'opportunité du trépan, et je consulte quelques confrères, qui le rejettent en raison de l'état général préexistant à la blessure. — 60 sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes, vésicatoires aux mollets, glace sur la tête, purgatif.

Le 20, amélioration notable, sommeil calme. — Même prescription.

Le 21, retour de l'intelligence, un peu de loquacité, pupilles moins dilatées, pas de douleur, pouls lent et large, selles régulières, escharres étendues au sacrum.

Les choses marchent ainsi jusqu'au 30. Réapparition de la diarrhée, progrès des escharres du sacrum. Appel sans motifs des gens de service. Paralysie augmentée du bras droit, mouvements des membres abdominaux difficiles, douleurs vives dans les talons.

L'intelligence reste intacte, pas de douleurs de tête, amaigrissement rapide, diarrhée tenant le malade dans un bain de matières fécales, malgré tous les soins de propreté.

Le 3 décembre, dans la nuit du 2 au 3, somnolence, cris continuels. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — La muqueuse du rectum d'un rouge violet, épaisse comme le doigt et chagrinée.

Perte de substance à la table externe de la partie antérieure et interne du pariétal gauche. La table interne est enfoncée, mais immobile dans l'étendue d'une pièce de 1 franc. Pas d'épanchement entre l'os et la dure-mère; celle-ci est déchirée au niveau de la fracture par une esquille de la grosseur du bec d'une plume qui pénètre dans le cerveau. Sur la partie moyenne et supérieure du lobe antérieur, dans l'étendue et le volume d'une noix, la pulpe cérébrale est réduite en bouillie d'un noir roux. Un trajet rempli de pus sanieux et gros comme un crayon, se dirige profondément vers la scissure de Sylvius.

Injection peu considérable des vaisseaux et de la masse encéphalique.

La seconde observation, dont je ne possède que les notes non rédigées, est celle d'une fracture avec enfoncement de la bosse pariétale gauche par la balle, accompagnée de plaie du cuir chevelu.

Somnolence, fourmillements dans les doigts de la main gauche, injection des conjonctives.

Trépanation douze jours après la blessure.

Disparition graduelle des accidents.

Cicatrisation incomplète, mais prochaine, après vingt et un jours. Guérison.

Dans ces deux cas, il y avait indication de trépaner.

Dans le troisième, aucune des indications exigées ne se présenta : il a trait à un enfoncement sans plaie, des deux tables du pariétal, par un biscaïen. Je l'ai rapporté dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, et j'en ai déposé la pièce, recueillie par moi, au musée du Val-de-Grâce.

Les deux tables de l'os, enfoncées, sont néanmoins très-solides. Le blessé est tombé sous le coup; mais revenu à lui peu de temps après, il est resté trente jours sans présenter le moindre accident. Il est pris tout à coup d'une encéphalite mortelle en huit heures. A l'autopsie, je trouve un épanchement de sang coagulé, que j'évalue à plus de 500 grammes, entre la dure-mère et l'os; une attrition du lobe moyen et un abcès du volume d'une noix.

Si je n'avais été imbu des préceptes régnants, j'aurais immédiate-

tement trépané ce blessé, et peut-être eût-il échappé à l'encéphalite. Aussi suis-je d'avis qu'il faut trépaner dans tous les cas d'enfoncement du crâne, parce qu'il est impossible de prévoir que le cerveau supportera la compression.

J'avoue qu'il est plus difficile de se décider à opérer lorsqu'il s'agit de fractures ou de fissures du crâne simplement. Si les accidents sont immédiats ou s'ils apparaissent peu de temps après la blessure, je crois cependant qu'il faut opérer, bien que M. Perrin nous ait cité un fait contradictoire, bien que je puisse citer moi-même l'observation d'un zouave blessé à Solférino en 1859, d'un coup de feu sur l'apophyse orbitaire externe du frontal, et qui vint mourir en 1862, au Val-de-Grâce, de phthisie pulmonaire. Je trouvai à l'autopsie, entre la dure-mère et le cerveau, une cuillerée de matière jaune safranée et de consistance pâteuse, vestiges d'un épanchement en voie de résolution qui avait comprimé et atrophié le lobe antérieur droit, sans donner lieu au moindre trouble fonctionnel. Je crois qu'il faut trépaner, parce que ici encore on ne peut prévoir la terminaison qu'auront les accidents, et que ce serait être doué d'un optimisme mal fondé, que de compter souvent sur leur heureuse issue.

Bien que l'on ne puisse inférer de la gravité des accidents immédiats que l'encéphalite est plus ou moins menaçante, je pense cependant que l'intensité des symptômes est une indication de trépaner. Voici deux faits à l'appui de ma manière de voir.

Fracture du crâne par éclat d'obus. — Guérison sans opération.

Thomas, sergent au 46e, blessé le 28 septembre 1854 devant Sébastopol, par un éclat d'obus, sur la bosse pariétale droite.

Je vois le malade le 2 novembre : il présente assez de sommnolence pour ne pas répondre à mes questions; mal de tête. La plaie, longue d'un pouce et demi et verticalement dirigée, est fermée. — Saignée du bras de 300 grammes; eau de Sedlitz; cataplasme pour rouvrir la plaie.

Le 3, plaie rouverte; os dénudé. Une incision cruciale fait voir l'os dénudé dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et une félure longue d'un pouce ayant la même direction que la plaie des téguments. Un peu de somnolence; réponses difficiles; douleurs de tête. — Saignée de 500 grammes; purgatif.

Le 5 et le 6, amélioration; un peu de strabisme.

Le 15, l'état s'est graduellement amélioré: le malade ne conserve plus qu'un peu de taciturnité.

Le 24, douleurs de tête intenses. — Purgatif; trente sangsues derrière les oreilles.

Le 5 décembre, retour à l'état normal, sauf la tristesse. — Le stylet reconnaît que l'os est nécrosé. — Sulfate de soude, 10 grammes tous les matins et jusqu'au 15.

Le 23, état général excellent; le séquestre, gros comme une pièce de vingt centimes, se détache : il appartient à la table externe.

Le 26, cicatrisation de la plaie.

Le 5 janvier 1855, départ pour France, guéri.

En découvrant la fracture, je fus tenté de trépaner, mais j'en fus détourné par le peu de gravité des symptômes et par leur sédation graduelle.

Dans le cas suivant, j'aurais très-certainement dû trépaner, si je n'avais été dominé par le doute qu'on s'est plu à répandre sur cette question.

Contusion du cerveau (coup de feu). — Saignées générales. — Sangsues en permanence. — Purgatifs. — Méningo-encéphalite consécutive. — Mort.

H..., chasseur au 9e bataillon, reçut le 3 août, à la représentation de la pièce militaire *la Prise de Puebla*, a l'Hippodrome, un coup de feu à poudre, sur la bosse pariétale gauche. Chute, perte de connaissance immédiate; le blessé est transporté au Val-de-Grâce.

Décubitus sur le côté droit; assoupissement profond; immobilité sans paralysie; respiration normale; pouls plein et fort. Pas de réponses aux questions; mouvements provoqués dans tous les membres lorsqu'on remue le malade.

Sur la bosse pariétale gauche, plaie irrégulière, dirigée d'avant en arrière et de bas en haut, noircie par la poudre; périoste rouge, un peu infiltré de sang, parfaitement adhérent.

Une saignée de 500 grammes fait immédiatement recouvrer la parole et diminue l'assoupissement. — Sangsues en permanence derrière les oreilles (84 en 24 heures); sinapismes promenés sur les membres inférieurs; lavement purgatif; glace sur la tête.

Le lendemain 4, retour complet de la connaissance; encore un peu de somnolence et de lenteur dans les mouvements; réponses nettes, faciles et promptes aux questions; céphalalgie générale. — Orge émétisée; sinapismes promenés sur les membres inférieurs et supérieurs; trente sangsues en permanence (deux par deux) derrière les oreilles; glace sur la tête.

Le 5, mieux très-sensible, intelligence très-lucide; lenteur persistante des mouvements; peu de douleur de tête. — Lavement purgatif. Bouillon.

Le 6, le malade s'assoit sur son lit pour répondre aux questions, pour se faire panser et laver. Physionomie triste; encore un peu de mal de tête; selles abondantes. — Émétique en lavage; vésicatoires aux mollets.

Le 7, et dans la matinée du 8, état très-satisfaisant, dont le blessé s'applaudit.

Le 8 à une heure trois quarts, accès épileptiforme très-violent, durant dix minutes; nouvel accès à deux heures un quart, durée cinq minutes; deux heures et demie, troisième accès, durée, une minute: ces trois accès sont suivis de dix autres, à trois heures et demie, durée, dix minutes; à quatre heures un quart, même durée; à cinq heures; à cinq heures et demie; à six heures et demie; celui-ci est le dernier un peu violent; les autres se succèdent de plus en plus faibles : à huit heures trois quarts le malade tombe dans un état de mort apparente et n'a plus que quelques mouvements irréguliers du cœur, appréciables seulement à l'auscultation la plus attentive. — Mort à neuf heures et demie.

Autopsie le 9. — En regard de la plaie des téguments : périoste non décollé, mais se détachant facilement; fracture en fente du temporal, longue de six centimètres. Entre l'os et la dure-mère, épanchement de sang coagulé, un peu plus long que la fracture et en regard d'elle, large de deux centimètres et demi, épais de cinq millimètres.

Sous la dure-mère, épanchement de sang en nappe, semi-liquide, peu considérable à droite, plus abondant à gauche.

La portion de cerveau en rapport avec la blessure, dans l'étendue du volume d'une noisette, est réduite en bouillie, d'un rouge presque noir. Une coupe verticale de l'organe montre que la contusion porte sur une étendue du volume d'une noix.

Congestion vasculaire et parenchymateuse considérable.

Pendant la période des sept premiers accès, de une heure trois quarts à cinq heures et demie, le chirurgien de garde avait renouvelé les sinapismes, appliqué vingt sangsues derrière les oreilles, saigné la saphène à droite (200 grammes de sang), ouvert les deux temporales (300 grammes de sang), mis trente ventouses sèches sur la poitrine, etc.

Appelé à six heures, je reconnus la contusion et l'encéphalite : je pensai un instant à pratiquer le trépan, mais je fus retenu par la rapidité des accidents, leur succession de plus en plus rapprochée, et l'état général du sujet que j'eus véritablement opéré *in extremis.*

Ainsi, j'avais pris, au début, une contusion pour une commotion, et lorsqu'après l'apparition des accidents je diagnostiquai une contu-

sion, je fondais mon opinion sur ce seul signe, les convulsions épi leptiformes : aussi n'était-elle pas très-assurée.

Quel chirurgien de l'école actuelle eût osé trépaner aussitôt après la blessure? Qui de nous eût opéré alors que la saignée avait rappelé le malade à lui? Lequel eût trépané dans les jours d'amélioration progressive qui précédèrent l'explosion de l'encéphalite?

Fallait-il trépaner, comme l'a fait M. Broca, dès l'apparition du premier accès épileptiforme? J'ai la conviction que l'opération eût été inutile, parce que le malade fut pour ainsi dire foudroyé; mais je pense aussi qu'elle n'eût rien ajouté à la gravité de son état.

Je trépanerais donc aujourd'hui, avec tout le monde, je crois, dans les cas de fissures ou fractures : 1° lorsque les accidents immédiats sont graves, c'est-à-dire immédiatement; 2° lorsque les accidents, bien qu'amendés, persistent néanmoins, c'est-à-dire consécutivement.

Quant à l'opération faite pour arrêter la reprise ou le développement d'accidents sérieux qui sont la plupart du temps le signal de l'explosion de l'encéphalite, je la pratiquerais encore volontiers, bien qu'elle offre peu de chances de succès; mais je la pratiquerais, parce qu'au lieu d'une encéphalite diffuse, on peut mettre à découvert un foyer d'encéphalite localisée, parce qu'il faut tout tenter pour sauver ses malades, sans être retenu par la crainte de se compromettre, comme on l'a dit ici. Les chirurgiens ne sont compromis qu'autant qu'ils ne font pas tout ce qu'il est possible de faire pour arracher leurs malades à la mort.

Restent deux derniers points à examiner, celui où les os ont été contus ou simplement dénudés, et celui où les téguments sont restés intacts. Je les crois résolus par les considérations précédentes. Ce n'est pas la lésion des os ou des téguments qu'il importe de considérer; ce sont les symptômes révélateurs de la souffrance du cerveau. Quand ces symptômes existent avec ou sans lésion des os, avec ou sans intégrité des téguments, je crois qu'il faut opérer : d'autant que je considère la trépanation du crâne comme une opération peu grave en elle-même; les expériences faites sur les animaux le prouvent surabondamment.

Enfin, pour exprimer en quelques mots toute ma pensée, je dirai, si singulière que puisse paraître ma formule, qu'il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire.

M. TRÉLAT. Je me propose de répondre succinctement à MM. Legouest et Le Fort. M. Legouest veut ranger les chirurgiens en deux catégories : les uns, qui sont trop portés en faveur du trépan, les

autres, qui se tiennent dans une réserve exagérée. Cette distinction n'est pas absolument exacte; pour ma part, j'ai dit que le trépan serait une opération fréquemment utile, mais que bien rarement les indications étaient nettement formulées; tout ce qu'ont dit nos deux collègues vient confirmer cette manière de voir. M. Legouest veut qu'on trépane dans tous les cas douteux; c'est bien avouer que l'indication n'est pas précise.

Il est une distinction capitale sur laquelle je désire attirer l'attention de la Société. Parmi les blessures du crâne, il y en a qui sont produites par les corps petits, mus par une grande vitesse, ce sont les projectiles de guerre : il en résulte des accidents bien localisés et bien limités comme expression symptomatique; on sait toujours dans ces cas de quoi il s'agit. Dans nos hôpitaux, ce ne sont point des blessures semblables que nous observons : il s'agit toujours de chutes d'un lieu élevé ou bien encore de blessures de tête par des corps pesants, volumineux; en général, les phénomènes sont vagues et le diagnostic des lésions est douteux. Dans les blessures de guerre, la lésion est souvent bien limitée; dans les cas auxquels je viens de faire allusion, la désorganisation du cerveau est ordinairement très-étendue. Cette distinction entre les blessures du crâne, suivant la nature du traumatisme, permet d'expliquer bien des dissidences plus apparentes que réelles qui existent entre les chirurgiens civils et les chirurgiens militaires. Je serais pour le trépan quand il s'agit de lésions locales, mais je veux rester dans le doute pour les contusions vagues de la surface du crâne.

M. Legouest a présenté la statistique relative aux blessures du crâne, observées pendant la guerre d'Amérique; les blessés qui ont été trépanés ont fourni une plus grande proportion de guérison que ceux qui ont été traités par l'expectation. Notre collègue prend acte de ces résultats numériques en faveur de l'opération du trépan. On peut cependant faire une objection : on a trépané lorsqu'il y avait indication, c'est-à-dire dans les cas favorables. Au nombre des individus qui n'ont point été trépanés, devaient figurer ceux qui avaient les blessures les plus graves; on comprend d'après cela que la statistique puisse être en faveur du trépan. Il en serait probablement tout autrement si l'on avait groupé les malades suivant la nature de leurs blessures du crâne.

J'ai peu de chose à répondre à M. Le Fort; il a réparti les indications du trépan suivant que les blessés présentaient tel ou tel groupe d'accidents cérébraux; il a rejeté le trépan dans le cas de convulsions et cela parce qu'il rattache les convulsions à l'inflammation de l'encéphale. Je n'admets point cette manière de voir; j'ai déjà dit qu'il

résultait de recherches que j'ai faites, que les accès convulsifs reconnaissaient des causes nombreuses de production; c'est tantôt la pointe d'un instrument, une esquille, une contusion cérébrale, etc., etc., si bien qu'on peut dire que la convulsion trahit l'irritation cérébrale : mais comme il y a des causes mécaniques, il n'est pas juste d'éloigner le trépan dans tous les accès convulsifs.

M. Le Fort a préconisé le trépan dans les hémiplégies : la proportion des succès est favorable à l'intervention. Il s'agit là d'un accident consécutif, et l'opération remédie à une cause persistante d'irritation; elle doit donc être utile.

J'accepte assez volontiers les indications générales qui résument la communication faite par M. Le Fort, j'ai cependant quelques mots à ajouter. M. Le Fort dit fractures simples, sans accidents, pas de trépan; remarquez que M. Legouest dit exactement le contraire. Il est certain qu'un grand nombre de blessures du crâne, simples en apparence, ont été suivies d'accidents funestes qui eussent peut-être été évités si l'on avait eu recours au trépan.

M. Le Fort parle d'accidents persistants, sans plaies, et il conseille le trépan ; je lui demanderai dans quel point il appliquera la couronne de trépan. Si le coup n'a point laissé de traces, c'est au hasard que vous agirez.

M. Le Fort a bien démontré que les expériences de Malgaigne, relatives aux épanchements sanguins, étaient sans valeur physiologique; cependant, il faut avouer qu'il y a des faits qui ne laissent point que d'être embarrassants. Par exemple, à la suite d'un accident, M. Voillemier observe une hémiplégie croissante ; il trépane au hasard du côté opposé, il ne trouve rien, et à l'autopsie on rencontre un épanchement en nappe et de l'arachnitis. Dans ce cas, le trépan qui paraissait indiqué a été absolument inutile. Dans un autre cas, Michon trépane pour des accidents très-graves à marche croissante, il ne trouve rien, le malade meurt, et à l'autopsie, les lésions sont si légères que quelques personnes se demandent si le malade ne serait pas mort des suites de l'opération.

Je pourrais multiplier les faits et démontrer toutes les incertitudes de la pratique ; je me résumerai en disant que l'opération du trépan serait fort souvent utile, mais que les chirurgiens seront toujours exposés à l'employer trop ou trop peu.

M. LE FORT. Je viens confirmer la valeur de la distinction qui a été établie par M. Trélat entre les diverses blessures du crâne, suivant la nature des corps contondants. Cette distinction est justifiée par l'étude des faits nombreux que j'ai pu réunir à l'occasion de cette discussion.

J'ai rejeté le trépan dans les cas de convulsions; j'entends parler des convulsions généralisées, car lorsqu'il s'agit d'une irritation bien localisée, les accidents convulsifs sont partiels et le trépan est indiqué.

Pour les cas d'hémiplégie persistante sans lésions extérieures, je conseille le trépan. M. Trélat me demande où j'appliquerai l'instrument; j'opérerai du côté opposé à la paralysie et je chercherai la lésion, bien convaincu que l'opération est sans danger et que le malade succomberait si on l'abandonnait à lui-même. C'est le trépan explorateur dans les cas douteux.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance et à propos de la communication de M. Broca, j'ai déjà mentionné des faits qui démontrent que, dans certains cas, les opérés de trachéotomie ont été dans l'obligation de conserver la canule pendant plusieurs années; à ce sujet, je vais donner lecture à la Société d'une observation qui nous est adressée par notre correspondant M. Paris.

Croup laryngo-bronchique. — Trachéotomie. — Impossibilité d'enlever la canule après seize mois.

Jean B..., âgé de cinq ans et demi, de bonne santé habituelle, bien développé pour son âge, né de parents sains, ayant le teint blême, mais n'ayant jamais présenté de symptômes de scrofule, fut atteint de toux, d'enrouement, puis d'aphonie, vers le 10 novembre 1865. Le 13, lors de ma première visite, gonflement des amygdales, nulle apparence de fausses membranes; les jours suivants, les accidents de suffocation se prononcent de plus en plus, malgré les vomitifs; le 18, suffocation imminente; trachéotomie *in extremis*.

Cette opération, pratiquée avec l'assistance de mes confrères Binaut et Godefroy, ne présenta aucun incident particulier. La trachée ayant été mise à découvert, j'y implantai mon airigne double, cannelée, à crochets mobiles, dont je me sers habituellement pour fixer la trachée et l'attirer vers le menton; je l'incisai exactement sur la ligne médiane, dans une grande étendue, en laissant intacts ses deux ou trois premiers anneaux. Les bords de l'incision trachéale écartés par le mécanisme de l'airigne, nous pûmes voir et enlever de fausses membranes tapissant ce conduit. Une canule double, d'assez grand calibre, y fut introduite sans la moindre difficulté, vu la longueur de l'incision. La respiration se rétablit immédiatement, large et bruyante.

Point d'accidents. La voix se rétablit vers le quatorzième jour; la canule fut enlevée plusieurs fois et replacée immédiatement. Diverses

expériences, répétées chaque jour, nous ayant montré que l'air pénétrait largement par le larynx, la canule fut enlevée le 19 décembre, à dix heures du matin. La plaie se ferma très-promptement, si bien qu'au bout de deux heures, elle ne livrait plus passage à l'air. Celui-ci pénétrait librement dans la poitrine; la voix était forte et claire; la journée fut excellente; mais la nuit fut moins bonne : la respiration devint très-gênée pendant le sommeil. Le lendemain 20, la respiration était gênée et sifflante; cependant il n'y avait pas de menaces de suffocation. Je résolus d'attendre, espérant que les accidents n'iraient pas croissant, et que je ne serais pas obligé de replacer la canule. Mais la nuit fut très-mauvaise; la respiration devint presque aussi sifflante qu'avant l'opération; le sommeil était très-agité; en réveillant l'enfant, la respiration devenait beaucoup plus libre. Le 21, je le trouvai dans un état de suffocation imminente, et je m'empressai de replacer la canule.

La suffocation cessa immédiatement. Le bruit inspiratoire, complétement nul, redevint à l'instant large et sonore. Cependant il resta pendant plus de quinze jours de la fièvre, de l'enrouement et une expectoration muqueuse abondante.

Durant le mois de janvier, supposant que des bourgeons charnus exubérants faisaient saillie dans la trachée, une cautérisation légère fut faite avec le crayon de nitrate d'argent, introduit dans la plaie après avoir enlevé la canule. Une seconde cautérisation plus étendue fut pratiquée au moyen du porte-caustique uréthral de Lallemand. Ces cautérisations furent assez douloureuses et suivies d'une recrudescence passagère de la sécrétion muqueuse bronchique.

Le 20 février, trois mois après l'opération, j'enlève de nouveau la canule : mêmes phénomènes. Voyant la suffocation aller en augmentant, je ne crus pas devoir attendre aussi longtemps que la première fois, et je replaçai la canule au bout de vingt heures.

Le 28 mai, nouvelle expérience : au lieu d'enlever la canule le matin, j'attendis que l'enfant fût endormi, et je l'ôtai à dix heures du soir; il ne se réveilla pas. Deux heures après, la plaie étant fermée, il y avait 21 aspirations par minute, et 80 pulsations. Mais l'inspiration était un peu plus sifflante. La journée du 29 se passa assez bien, quoique la gêne de la respiration fût de plus en plus marquée; mais la nuit suivante cette gêne devint telle, que je dus remettre la canule au bout de trente-deux heures.

Rétabli de cette expérience, Jean B... fut conduit à Paris (12 juin) et présenté à M. Trousseau, à M. Marjolin et à M. Ozanam. M. Trousseau nous rassura, et nous fit espérer qu'un jour viendrait où il serait possible d'enlever définitivement la canule. Dans sa vaste pratique, il

avait rencontré plusieurs cas semblables ; il nous cita entre autres le fils du général B..., lequel avait porté la canule pendant cinq ans, et était aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Marjolin ne fut pas moins rassurant que M. Trousseau. Il en fut de même de M. Ozanam, qui voulut bien, à ma prière, soumettre l'enfant à l'examen laryngoscopique. Malgré l'extrême bonne volonté et le courage du jeune patient, qui supporta l'introduction du miroir laryngoscopique plus de vingt fois, malgré la patience et l'habileté de l'observateur, il ne lui fut pas possible de constater l'état de la trachée au niveau de la plaie, là où je supposais l'existence de bourgeons fongueux. Mais il put constater l'intégrité du larynx et des cordes vocales.

Jean B... est, aujourd'hui 25 mars 1867 (seize mois après l'opération), dans l'état où il se trouvait lors de son voyage à Paris, c'est-à-dire que sa santé générale est très-bonne, aussi bonne qu'elle eût pu être s'il n'eût jamais été trachéotomisé. Il porte une canule double fort petite (la canule enveloppante pénètre d'un centimètre dans le nº 18 de la filière Charrière). Cette canule est fermée d'un bouchon de liége pendant toute la journée ; mais le bouchon est enlevé pour la nuit. Il a cependant passé plus d'une fois la nuit entière en conservant le bouchon, mais avec une gêne plus grande de la respiration. Il parle beaucoup, à voix haute et forte, que la canule soit ouverte ou fermée. Dans le premier cas, il est forcé de respirer plus fréquemment et d'entrecouper sa phrase. Il peut courir, sauter, jouer comme un enfant de son âge; mais alors il est plus essoufflé. Chose curieuse, la respiration est beaucoup plus gênée la nuit que le jour, même la canule étant ouverte. Si l'on ferme la canule pendant qu'il dort, la respiration ne tarde pas à devenir plus bruyante, plus gênée, et l'on voit l'enfant changer brusquement de position, s'agiter, sans s'éveiller cependant. Tous ces phénomènes sont plus prononcés lorsque l'enfant est un peu enrhumé, ce qui arrive assez facilement, mais dure peu. On remarque aussi que, pendant les jours humides, la respiration, toutes choses égales d'ailleurs, est plus bruyante et plus gênée. L'enfant sort par tous les temps, même les plus froids ; mais alors il porte un voile et souvent un *respirateur*.

Divers traitements ont été suivis : les sirops de quinquina, de toln, de goudron, d'iodure de fer, d'iodure de potassium; les inspirations de vapeurs variées, les gargarismes astringents, les insufflations d'alun dans la gorge et dans l'incision trachéale. L'enfant a passé un mois aux eaux de Pierrefonds, où il a été traité par M. le docteur Sales-Girons. Depuis, il a respiré une atmosphère chargée de goudron, etc.

Quant à la plaie de la trachée, j'ai dit déjà qu'elle avait été cautérisée légèrement avec le nitrate d'argent en crayon, et au moyen du porte-caustique de Lallemand. J'ai diminué successivement le volume de la canule; j'ai varié la longueur, afin d'éviter que son extrémité répondît toujours au même point de la trachée. J'ai essayé aussi une canule fenêtrée, laquelle a été douloureuse et mal supportée, sans doute parce que les bourgeons charnus s'engageaient dans la fenêtre.

Lorsque la température sera plus favorable, je me propose de faire quelques essais nouveaux, guidé par certaines idées théoriques auxquelles le raisonnement m'a conduit.

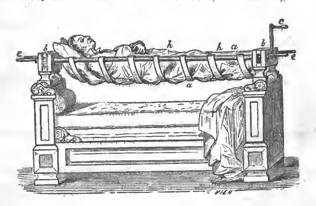
Le problème à résoudre est toujours celui-ci : Pourquoi l'opéré peut-il respirer facilement avec une canule hermétiquement fermée, tandis qu'il ne le peut plus lorsqu'on enlève cette canule?

Beaucoup d'hypothèses ont été proposées pour expliquer ces phénomènes singuliers; j'en ai fait moi-même plusieurs. Mais comme je n'en ai pas encore trouvé qui m'aient entièrement satisfait, je m'abstiendrai de les rapporter et de les discuter ici, pour ne pas allonger outre mesure, et sans profit sans doute, cette observation déjà bien longue.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. DOLBEAU, secrétaire de la Société de chirurgie, présente, au nom de M. le docteur Godefroy, chirurgien à l'hospice civil de Versailles, un brancard mécanique.

Il se compose de deux tiges rondes (*h*, *h*) qui ont la longueur du



lit, et de deux traverses (*b*, *b*) qui se placent l'une sur la tête et l'autre sur le pied du lit. Cette dernière est munie d'une manivelle (*c*) pour

faire tourner les deux tiges rondes sur elles-mêmes. Des sangles (*a, a*) placées sous le malade viennent se fixer à ces tiges pour s'y enrouler. Quatre petits bâtons (*e, e*), formant les bras du brancard, servent à porter l'appareil, soit à bras, soit sur les épaules.



Ce brancard remplit toutes les indications des appareils construits dans le même but, et il a sur eux quatre avantages importants :

1° De pouvoir transporter le malade dans une autre chambre, attendu que sa largeur a été calculée pour lui permettre de passer par toutes les portes ;

2° De soulever le malade sans le courber ni lui imprimer de mouvements, le plan de l'appareil étant parallèle à celui du lit ;

3° De pouvoir être livré à très-bas prix ; c'est, du reste, la raison principale qui a engagé à le faire construire ;

4° Enfin de ne pas être encombrant, ni susceptible de se détériorer.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse développée sur le trajet des vaisseaux cruraux chez un enfant.

M. **MARJOLIN** présente une pièce et relate l'observation suivante :

Il y a quelque temps, le jeune R... L., âgé de quatorze ans, grand, fort, ayant toutes les apparences d'une bonne constitution, occupé à de gros travaux dans un laboratoire, entra dans mon service pour une tumeur volumineuse, s'étendant de la partie supérieure et interne de la cuisse jusque un peu au dessous de la partie moyenne.

Il y avait environ deux ans, qu'à la suite d'un coup, le malade avait senti, dans la région indiquée, un noyau dur, de la grosseur d'une petite noix ; à cette époque, il s'était présenté à la consultation de l'hôpital, avait pris quelques bains et n'était plus revenu. Lorsque je l'ai revu dernièrement, le volume de la tumeur avait considérablement augmenté : elle était dure, inégale, bosselée, ne présentant de fluctuation dans aucun point. D'après la forme, la consistance et le développement de cette tumeur, on pouvait croire à l'existence soit d'un enchondrôme, d'une exostose ou d'un tissu fibreux, comme on en rencontre dans la glande mammaire. R... n'avait à aucune époque ressenti de douleurs lancinantes; seulement, de temps à autre, il éprouvait un peu d'engourdissement dans la cuisse et la jambe. En examinant avec une grande attention la tumeur, je ne sentis aucun soulèvement, bien que par sa situation elle me parût être en rapport avec les vaisseaux cruraux ; j'ajouterai que le pied et la jambe n'ayant jamais présenté d'œdème, il était probable que les vaisseaux n'étaient nullement comprimés. Avant de prendre un parti décisif, je voulus voir si le repos, les bains, joints à l'emploi des préparations d'iode à l'intérieur et à l'extérieur, amèneraient un peu de diminution.

Pendant près de deux mois, le traitement indiqué n'ayant amené aucune amélioration, je pensai qu'il fallait recourir à l'extirpation et je priai notre collègue M. Larrey, qui avait présenté il y a quelques années à la Société un cas analogue, de vouloir bien m'assister de ses bons conseils. Une incision de plus de 15 centimètres, commençant un peu au-dessous du pli de l'aîne et se prolongeant en dedans et parallèlement à la direction du muscle couturier, mit à découvert la partie la plus saillante de la tumeur. Je croyais, au premier abord, que l'énucléation serait facile, mais lorsque je voulus soulever la tumeur, je rencontrai des adhérences tellement intimes avec les muscles voisins, que la dissection avec le bistouri devint indispensable. Plus je pénétrais profondément, plus les adhérences étaient fortes, et je dus, par prudence et sur l'avis de M. Larrey, me contenter de diviser le pédicule de la tumeur, laissant au fond de la plaie une petite portion adhérente aux vaisseaux ou les entourant, ce qui est plus probable.

La coupe de la tumeur présentait, à l'œil nu, l'aspect des tumeurs fibreuses du sein. Examinée au microscope par MM. Cornil et Ranvier, elle a paru formée d'éléments fibro-plastiques, ce qui peut faire craindre une récidive.

La suppuration prolongée pourra-t-elle modifier la portion de tissu morbide que j'ai été obligé de laisser, c'est ce que nous verrons plus tard. Dans les premiers jours, il est survenu un peu d'érysipèle autour de la plaie, mais aujourd'hui l'état général et local est très-satisfaisant.

M. DESPRÈS fait observer que la tumeur présente tous les caractères d'un névrôme.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les *Archives générales de médecine*, mars 1867 ;

Journal de médecine de l'Ouest, Nantes ;

Revue médicale de Toulouse ;

Union médicale de Provence ;

L'art dentaire ;

Étude pratique sur l'hydrothérapie, quatrième compte rendu, par le docteur Paul Delmas, 1867 ;

Della ferita dell' artéria vertebrale, par Amb. Gherini, chirurgien de l'hòpital majeur de Milan. Travail important où sont relatés la plupart des cas connus dans la science ;

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par L. Wecker, deuxième édition, t. I, premier fascicule.

Discussion sur le trépan (suite).

M. GIRALDÈS. Une observation de plaie avec fracture du crâne, compliquée d'enfoncement ayant donné lieu à des accidents présentant des indications précises, habilement saisies et habilement exécutées, a été communiquée à la Société.

Cette communication a donné lieu à la discussion actuelle, laquelle, si elle a gagné en étendue en se généralisant et en s'éloignant de plus en plus de son point de départ, n'a pas gagné en précision. Quelques-uns de nos collègues semblent vouloir reviser les règles qui président à l'application du trépan, ils ont apporté à cet effet des éléments qu'il est bon de ne point laisser passer sans faire quelques réserves.

Je me demande si la pratique des chirurgiens qui s'appellent Aber-

nethy, Astley Cooper, Brodie, Dupuytren, Larrey, Samson, Langenbeck et Graeffe, si, dis-je, la pratique de ces éminents chirurgiens doit être mise à néant, et si la physiologie expérimentale nous a fourni des renseignements nouveaux pour refondre complétement cette question. Je n'en suis pas convaincu.

Quelques-uns d'entre nous ont fait remarquer l'abandon dans lequel était tombée, en France, l'opération du trépan, et combien cette opération était usuelle dans la pratique anglaise. Il est certain que les chirurgiens anglais pratiquent plus souvent que nous cette opération, mais on ne peut pas dire qu'elle soit abandonnée en France. Les indications à cette opération me paraissent avoir été parfaitement établies par les travaux de Dupuytren et de Samson, et elles sont explicitement indiquées dans le *Compendium de chirurgie*, et de ce qu'on ne trouve ni dans les journaux de médecine, ni dans les registres des hôpitaux l'indication d'opérations de trépan, on ne doit pas affirmer que cette opération n'a pas été pratiquée. On sait très-bien qu'un grand nombre d'opérations pratiquées dans les hôpitaux n'ont pas été publiées, et l'on sait aussi que les registres des hôpitaux, jusqu'à ces derniers temps, ne pouvaient pas être invoqués comme témoignage. On ne doit donc pas annoncer des chiffres qui ne représentent pas la réalité.

D'ailleurs, s'il est vrai qu'en Angleterre on pratique plus souvent cette opération, on ne doit pas dire cependant qu'elle soit acceptée d'une manière générale. Là, comme chez nous, les opinions oscillent; on trouve des partisans et des antagonistes. Ainsi, tandis que M. Erichsen pratique assez fréquemment le trépan, M. Adams, de London's hospital, est plus réservé et M. Syme, d'Édimbourg, l'admet exceptionnellement. Ce dernier chirurgien affirmait, en 1855, dans une leçon clinique, qu'excepté dans les cas de fractures par pénétration, l'opération du trépan n'avait pas donné de résultats satisfaisants, et d'autre part, M. Prescott Hewett, dans ses leçons au collége des chirurgiens, s'exprime ainsi : « Dans les fractures du crâne avec enfoncement et sans accident, les chirurgiens ne sont point d'accord ; ici on trouve école contre école, hôpital contre hôpital, chirurgien contre chirurgien, souvent dans le même hôpital. Cette dissidence vient assurément de ce que les règles de pratique ont été déduites d'une expérience trop restreinte. » Une seconde preuve se trouve encore dans le chiffre des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Londres. Ainsi, dans l'espace de trois ans, 1863, 1864 et 1865, on a pratiqué, à London's hospital, 27 opérations de trépan, donnant le résultat suivant : 9 guérisons, 18 morts.

Opérations réparties ainsi :

1863,	8 opérations,	4	guéris,	4	morts.
1864,	11	—	2	—	9	—
1865,	8	—	3	—	5	—

Dans les autres hôpitaux, on pratiquait à peine la même opération. A l'hôpital de Glascow, depuis sa fondation en 1794 jusqu'en 1855, on a pratiqué 67 opérations, donnant un total de 54 morts et de 13 guérisons.

Vous voyez que ces chiffres ne témoignent pas de cette grande tendance que M. Le Fort attribue aux chirurgiens anglais à pratiquer l'opération du trépan. La même divergence d'opinion se rencontre dans la chirurgie militaire. Stromeyer, dans les campagnes du Sleswig de 1849 et de 1851, ayant pratiqué sans succès 8 trépans, repousse complétement cette opération pour les fractures du crâne, et d'un autre côté, Pirogoff, ayant obtenu 3 succès sur 10 opérés, est plus favorable à l'opération. Dans la même campagne de Crimée, le docteur Jeffson, chargé du soin des blessés au château de Balaclava, sur 11 opérations ayant obtenu 5 cas de succès, est très-favorable à l'opération du trépan. Mais il rencontra à son tour chez d'autres collègues qui, comme lui, avaient été en Crimée, une opinion opposée.

Dans la guerre d'Amérique, dans laquelle un grand nombre d'opérations de trépan ont été pratiquées, le docteur Aschhurt écrit que, du mois de septembre 1862 au mois de mars 1863, il a vu pratiquer 35 opérations de trépan, dont 28 sont morts, 5 guéris, 2 incertains; et il déclare qu'il n'a jamais vu un cas dans lequel l'opération ait été justifiée. Comme vous le voyez, la même incertitude existe dans la chirurgie civile et dans la chirurgie militaire.

Cette incertitude ne vient pas du défaut de règles bien formulées; elles sont, au contraire, très-nettes et très-explicites, soit par les chirurgiens anglais, soit par les chirurgiens français, mais bien de ce que ces règles sont subordonnées à l'expérience clinique et à l'aptitude clinique des divers chirurgiens.

Or, devant des indications bien formulées et déduites de l'expérience de chirurgiens habiles, nous avons de la peine à comprendre les efforts de notre collègue M. Le Fort pour reviser cette question, et c'est ici que nous sommes obligés de montrer le peu de solidité des documents sur lesquels il s'appuie. Notre collègue a cherché dans les journaux anglais les cas d'opérations de trépan pratiquées pendant les dix années qui viennent de s'écouler ; il a réuni ainsi 200 observations, mais on doit faire remarquer que des documents de cet ordre, dérivant de plusieurs sources, se rapportant à des choses quelquefois complétement différentes et fournis par des hommes

dont on ne connaît pas la valeur, que des documents de cet ordre ne peuvent pas servir à établir des déductions pratiques. Ajoutez que ces faits se rapportent souvent à des individus d'un âge différent, à des blessures par des instruments différents, blessures ayant leur siége dans des régions également différentes. On sait qu'il y a une grande différence dans le degré de gravité des fractures du crâne qui atteignent la région frontale, les régions latérales, ou la région postérieure. Les premières sont moins graves que les secondes, les secondes que les troisièmes ; on comprend donc que notre collègue, se plaçant à ce point de vue, se soit trouvé forcément sur une base instable, et que les conséquences qu'il en a déduites ne puissent pas être admises.

On ne doit pas laisser passer les déductions pratiques qu'il en déduit sans quelques critiques. Ces déductions, en effet, se basant sur ce chiffre de 200 opérations, paraissent tellement imposantes qu'elles pourraient impressionner beaucoup de praticiens. Il est aujourd'hui de mode de faire de la statistique, et de faire précéder ou suivre tout travail de chirurgie de tableaux statistiques. Ce moyen est excellent, mais à la condition que la statistique soit bonne ; or la statistique chirurgicale, science d'aujourd'hui, n'est pas encore faite, et on peut adresser à celle qui a été publiée de très-sérieux reproches. Que signifie, en effet, une statistique comme celle qui a été publiée à l'occasion de la guerre d'Amérique ? Ainsi, on trouve dans la circulaire n° 6, publiée par la direction centrale du service de santé de l'armée de l'Union, les chiffres suivants : plaies de tête par armes à feu, 5046 divisées en deux séries ; première série, fractures et lésions du crâne y compris les contusions, les fractures par perforation et par enfoncement ; deuxième série, contusions simples, plaies des parties molles. Dans la première série on compte 1104 blessures sur lesquelles on n'a de renseignements que sur 604 cas. Dans ce nombre, 121 ont été trépanés, donnant 60 morts, 47 guérisons et 14 inconnus ; 133 autres cas de fractures du crâne ; les parties fracturées ont été relevées ou enlevées avec des pinces. Sur ce chiffre, 61 sont morts, 53 sont guéris et 19 inconnus ; ensemble 254 cas dans lesquels le chirurgien est intervenu, dont 121 morts, 100 guéris et 33 inconnus. Mais pour atténuer ce résultat, il faut reconnaître que, plus loin, le même rapport s'exprime ainsi : Ce chiffre sera matériellement modifié lorsqu'on apprendra le résultat d'un grand nombre d'individus qui ont été trépanés sur le champ de bataille, et dont un grand nombre sont morts. Plus loin, le même rapport dit que 483 fractures du crâne, traitées par l'expectation, ont donné seulement 20 p. 100 de guérisons; mais il remarque encore que ce groupe comprend les cas

les plus graves, et qu'on aurait tort d'exciper de ce chiffre au profit de l'intervention chirurgicale.

Que voulez-vous faire de pareils documents au point de vue des indications? Ces statistiques à deux termes, pour me servir d'une expression de M. Verneuil, n'ont dans l'espèce aucune valeur. J'en dirai autant d'une statistique de Fritze, dans laquelle, sur un chiffre de 104 trépanés, on a noté 54 morts et 49 guérisons. Il en est de même de la statistique de Blasius, comprenant 422 trépanés, donnant 260 guéris. Des statistiques de même genre, que je pourrais encore citer, n'ont à mon sens aucune valeur pratique.

Mais vous pourrez me dire : Vos observations peuvent être bonnes, mais devant une opération de trépan que ferez-vous? Si, comme Callisen le pensait, l'opération du trépan est une opération excessivement grave par elle-même, le chirurgien ne doit l'employer qu'à bon escient; mais si d'une manière générale elle ne présente pas cette gravité, on doit l'employer dans des cas déterminés.

Lorsque des épanchements surviennent à la suite de ces fractures, dans la grande majorité des cas, ainsi que l'ont démontré MM. Prescott, Hewett et Hutchinson, l'épanchement est accompagné de contusions du cerveau ; dans ces cas, le trépan ne doit être employé qu'avec une certaine réserve ; d'une manière générale il doit être employé, ainsi qu'il résulte de la pratique des chirurgiens anglais et français, dans les plaies du crâne avec fractures accompagnées d'enfoncement et compliquées d'accidents de compression et d'irritation cérébrale. On doit l'appliquer encore dans les cas de plaies avec fractures par ponction. Dans ces cas, la blessure se faisant de dehors en dedans présente, à son côté interne, des esquilles qui irritent le cerveau et peuvent déterminer des accidents.

On doit l'appliquer encore dans les cas où, comme l'a indiqué M. Legouest, une balle ou un corps contondant frappe un point du crâne sans produire une fracture apparente. Dans ces cas, ainsi que Béranger de Carpi et Ambroise Paré l'ont démontré les premiers, la table interne de l'os est éclatée, séparée même complétement, et dans tous les cas forme des esquilles pointues qui irritent la surface du cerveau et produiront ultérieurement des accidents graves.

Personne, je le pense, ne formulera en règle générale l'application du trépan dans les cas de fracture des parties latérales accompagnées de convulsions. Cet accident est généralement produit par des fêlures des os du côté de la baso du crâne, par des épanchements de sang à la base du cerveau, dans les ventricules ou autour du bulbe rachidien. Dans tous les cas, le chirurgien doit tenir grand compte de l'état de la circulation, de la respiration, de la sensibilté cutanée du

blessé, de l'abaissement de la température, ainsi que de l'état de dilatation ou de contraction des pupilles.

M. LE FORT. M. Giraldès regrette les recherches que j'ai faites ; il déclare que la statistique que j'ai donnée est sans valeur comme toutes les statistiques à deux termes. Je répondrai à notre collègue que, suivant moi, un chirurgien ne peut faire la science à lui tout seul, et que, dans les questions litigieuses, il faut tenir compte des observations de ses confrères. Certainement les chiffres ne disent rien, mais pour faire ma statistique j'ai non-seulement compté les faits, mais j'ai lu avec soin deux cents observations, en sorte que les tableaux que j'ai dressés sont constitués par des observations en raccourci.

M. GUÉRIN. Nous discutons depuis plusieurs séances la question du trépan, et cependant, il faut bien le dire, nous n'étions pas prêts à aborder ce difficile problème. La communication de M. Broca est instructive, elle renferme un enseignement; les discours de nos divers collègues sont remplis de documents utiles, mais il y aurait inconvénient à formuler des conclusions. Le public réclame une plus grande autorité de la part de la Société de chirurgie. Qu'avons-nous fait dans la question du trépan? On a produit des statistiques, rappelé divers travaux, et cependant, l'un de nos maîtres, M. Velpeau, a pu dire : J'attends en vain qu'on formule quelque chose qui ne soit pas dans ma thèse. Aucun document pouvant servir de règle n'a été produit, et tout ce qu'on peut dire, c'est que nous ne sommes pas absolument opposés au trépan.

On a dit qu'il fallait intervenir lorsque survenaient des phénomènes épileptiformes ; M. Broca a rapporté un succès. Presque à la même époque, j'avais, dans mon service, un enfant présentant des fractures multiples des membres; on observait en plus, une plaie de la région temporale droite avec gonflement notable. L'état général était grave et, dès le second jour, nous constations du délire et des convulsions. Les avis étaient partagés sur l'existence d'un enfoncement; je restai pour ma part dans le doute, et je n'appliquai point le trépan. Tous les accidents ont cessé, le malade a guéri et cependant, vous pourrez constater sur le jeune homme qui va vous être présenté que le crâne a subi un enfoncement considérable. Un autre blessé, présentant tous les signes d'une fracture de la base du crâne, eut deux accès convulsifs ; je ne l'ai point trépané, et il a guéri.

En terminant, je suis d'avis qu'on peut clore la discussion, tout en prenant l'engagement réciproque d'étudier dans l'avenir la question si intéressante du trépan.

Je dépose sur le bureau l'observation à laquelle j'ai fait allusion.

D... (Anatole), quatorze ans, couvreur, entré le 1er février 1867, salle Saint-Augustin, nº 13.

Ce jeune garçon est tombé cette après-midi du toit d'une maison de six étages; on l'a amené à l'hôpital aussitôt après l'accident; pendant qu'on le couchait, il paraît menacé de syncope et peu après il vomit ses aliments.

On constate, le soir, l'existence d'une fracture de l'humérus droit au tiers supérieur, d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius à chaque avant-bras; les déformations caractéristiques sont très-marquées; de plus, le cubitus semble comme courbé sur lui-même, surtout à droite, de façon que son aphophyse styloïde est portée en arrière et que sa face antérieure forme une convexité.

Au niveau de l'olécrane droit, épanchement sanguin assez considérable, qui masque les parties profondes; cependant, on y perçoit une crépitation assez franchement osseuse pour faire soupçonner l'existence d'une fracture de cette apophyse. Enfin au-dessus du sourcil droit, on trouve une plaie assez nette, dont les lèvres sont écartées; au fond de cette plaie, on sent l'os non dénudé, et qui paraît enfoncé; sous la peau voisine on distingue, à la vue et au palper, les limites de cet enfoncement; il a l'étendue d'une pièce de deux sous environ et les parties saines sont élevées au-dessus de lui d'environ 1/2 centimètre.

L'enfant se plaint surtout de douleurs de ventre. Il n'a rendu de sang par aucun orifice.

Cataplasme sur le ventre; eau-de-vie camphrée sur les membres fracturés; compresses sur le front.

Le 2 février, M. Guérin réduit les fractures du bras et des avant-bras, et applique des appareils à attelles. Sur la plaie du front, il fait placer des compresses humides, recouvertes d'une vessie remplie de glace. Deux potages.

Le soir, pouls à 144; l'enfant est très-agité, il a la peau chaude et parle sans cesse de son ouvrage. Opium, 0,05.

A huit heures du soir, il est pris de convulsions générales avec écume à la bouche, suivies de respiration stertoreuse; il ne s'est pas mordu la langue et l'attaque a duré environ cinq minutes. Ses parents ont affirmé qu'il n'a jamais rien eu de semblable.

Ce phénomène, joint à l'existence probable d'un enfoncement des os du crâne, pouvait paraître indiquer l'application du trépan, dans le but de faire cesser la compression si elle existait; mais M. Guérin trouva, le lendemain (3 février), le malade dans un état satisfaisant : les convulsions n'avaient pas reparu pendant la nuit; le blessé était calme, sans fièvre ; il toussait un peu, mais ne rendait que quelques

crachats blancs, sans mélange de sang. D'ailleurs, l'enfoncement ne paraissait pas parfaitement évident à M. Guérin; il pensait qu'il pouvait y avoir là un de ces épanchements sanguins, dont les bords durs et saillants peuvent facilement induire en erreur.

On verra plus loin que si l'existence de l'enfoncement est devenue évidente, l'abstention, dans ce cas, n'a donné lieu à aucun accident, et que la guérison s'est effectuée sans intervention chirurgicale.

Le 4 février, le pouls est à 120; le malade ne va pas à la selle. Calomel, 0 gr. 80.

Les urines sont claires et très-abondantes; elles présentent ces caractères pendant plusieurs jours, sans que l'examen chimique y fasse constater la présence du sucre.

La toux persiste. Julep diacodé.

Le 5, on purge le malade avec 15 grammes d'huile de ricin.

Le 6, on refait les appareils qui le serraient; il y a une large ecchymose au niveau de l'olécrane.

Le 8 février, le malade souffre de la tête; les parties voisines de la plaie se sont tuméfiées. Incision en dehors de la plaie, où il s'est formé une petite collection purulente. Pansement simple.

Toujours des douleurs dans le flanc droit, où s'est développée une petite pustule. Huile de ricin, 15 grammes.

Les plaies se mettent à suppurer et les parties voisines sont tuméfiées; du reste, l'état général est toujours excellent, aucun accident ne survient.

Le 14 et le 15, on applique des appareils dextrinés sur les deux membres fracturés.

Ces appareils sont enlevés le 11 mars; la consolidation est complète et régulière, sauf à l'humérus, où l'extrémité supérieure du fragment inférieur fait une assez forte saillie en dehors.

Pendant ce temps, les deux plaies du front se sont peu à peu taries; des bourgeons charnus sont venus faire saillie entre leurs lèvres, et on les a cautérisés avec le crayon.

Pour s'assurer de l'existence de l'enfoncement, on en a marqué les limites avec la pierre, et on a pu constater que leur étendue ne changeait nullement; le gonflement ayant disparu, on peut, avec le doigt, parfaitement en apprécier les contours qui sont assez aigus; il y a en réalité deux fragments osseux enfoncés; l'un est au niveau de la première plaie; il a environ 3 centimètres 1/4 dans tous les diamètres; le second, beaucoup plus petit, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes en argent, occupe le point où s'était formé un petit abcès.

Aujourd'hui (10 avril), le malade est parfaitement bien portant; il marche, il lit sans éprouver ni étourdissement ni lourdeur de tête,

ni aucune douleur. Les plaies sont à peu près complétement cicatrisées; les articulations du bras droit sont encore roides; mais sans cela il serait parfaitement en état de quitter l'hôpital.

M. DESPRÉS. Messieurs, quand j'ai entendu M. Broca et M. Deguise parler des faits de leur pratique et discuter les indications du trépan, d'après leur expérience personnelle, j'ai écouté, me disposant à faire mon profit à l'occasion des réflexions dont ils ont fait suivre l'exposé de leur observation. Mais quand la discussion s'est généralisée, quand elle est devenue de la dialectique à propos des observations des autres, je me suis tenu prêt à contrôler les faits qui nous seraient présentés; je me suis tenu prêt à faire du scepticisme scientifique à l'exemple de Malgaigne, dont l'ombre, j'en suis sûr, a dû se révolter plus d'une fois si elle a pu entendre cette discussion.

Je viens affirmer que les observations anglaises, qui sont le fondement de la statistique de M. Le Fort, sont insuffisantes, et que les statistiques anglaises ne prouvent rien de plus que les statistiques anglaises reproduites dans la thèse de M. Velpeau il y a trente-trois ans, rien de plus que ce qu'ont dit Desault, Larrey et Malgaigne.

Voici mes preuves : Ceux de nos collègues qui voudront parcourir les recueils anglais verront que leurs observations sont la plupart des notes telles, que, s'il nous en arrivait de pareilles à la Société de chirurgie, nous les prendrions en faible considération.

Je ne vous citerai pas les observations anglaises dont M. Trélat vous a parlé, vous connaissez leur peu de valeur, je vous citerai des observations de six ou huit lignes dans lesquelles, pour tout exposé de symptômes, il y a : « le malade se plaignait seulement d'une douleur de genou ; » ou « les symptômes étaient ceux d'une légère contusion ; » ou « il n'y avait pas de symptômes (*no symptoms*), » et chaque fois cet exposé rapide des signes est suivi du mot trépan. Je renvoie mes collègues, pour la dernière de ces curieuses observations, à un journal publié il y a deux ans seulement (*Lancet*, 1865, t. I, p. 118). Dans d'autres observations on trouve ces mots : « le malade ne souffrait pas ; le malade vint seul à l'hôpital, etc. »

Mais je veux prendre une des observations les plus détaillées, et vous jugerez si l'on peut en tirer une indication précise.

J'emprunte ce fait au *Medical Times*, 1864, t. I; l'opération a été pratiquée dans le service de M. Bickersteth et le fait a été publié par M. Rawdon, chirurgien résidant.

« G. F., âgé de 29 ans, entre à l'infirmerie royale de Liverpool; il avait une hémiplégie partielle, était incapable de se tenir debout et de marcher, et semblait hébété. Ses amis disaient que huit semaines auparavant le malade était tombé dans un trou de trois pieds de pro-

fondeur, ce qui avait causé une blessure à la tête. Néanmoins F. avait continué son emploi jusqu'au 2 mars, époque à laquelle il avait été pris, pendant son travail, subitement comme s'il avait été frappé sur tout le côté droit. La veille de son entrée, le malade avait eu des accès répétés (*flits*). A la visite la plaie de la tête, encore en suppuration, laissait voir une fracture de la partie inférieure du pariétal gauche. »

Voilà l'histoire du malade, la description de la plaie de tête et l'énumération des complications de la fracture du crâne. Voyons le traitement :

« Une incision cruciale est faite, et on emploie la tréphine du gros calibre; une large pièce d'os est enlevée avec plusieurs fragments d'os en éclat. Dans la pensée qu'il y avait une collection de pus, une incision a été pratiquée à la dure-mère, mais il n'est sorti qu'une très-petite quantité de sérum. Pendant quelques jours il n'y pas eu d'amélioration, si ce n'est que les accès épileptiformes ne sont pas revenus, mais ensuite il y a eu du mieux, et cela continue, à part que dans la seconde moitié du traitement il y a eu deux accès. Le 2 avril, le malade était guéri et a pu reprendre son travail. »

Et voilà tout! En vérité la science ne peut tirer d'éclaircissements de faits si incomplets.

Les statistiques qu'a produites M. Le Fort ont leurs analogues dans les statistiques de Dease et d'Abernethy que M. Velpeau a exposées dans sa thèse. Je dirai plus, en compulsant les journaux anglais, on trouve, ce que ne nous a pas dit M. Le Fort, des faits de fracture du crâne traitée sans trépan comparés à des faits de fracture traitée par la trépanation ; les chiffres ne prouvent rien de plus que ceux de Giraud reproduits dans la thèse de M. Velpeau. Rien de plus que les faits rassemblés par Malgaigne. La question n'a pas fait un pas de ce côté.

Parmi les indications que notre collègue M. Le Fort a tirées de sa statistique, il en est une qui m'a surpris. M. Le Fort a dit : « Tout me porte à conclure qu'il ne faut pas trépaner quand il y a des convulsions. » Cette proposition dans sa forme est anglaise et elle a été émise par J. Russell, en 1865, dans un mémoire publié en deux articles dans le *British and foreign medical and chirurgical review*, 1865. Et cela n'est pas neuf, seulement l'idée est moins bien exprimée qu'autrefois. En effet, ce que veulent dire les Anglais, c'est qu'il ne faut point opérer quand il y a méningite ou encéphalite. Or, Pott avait dit, au siècle dernier, qu'il ne fallait pas trépaner quand il y avait de l'inflammation, et M. Velpeau, dans sa thèse, précisant mieux les indications, écrivait en 1834 qu'il fallait s'abstenir quand il y avait des signes d'inflamma-

tion de l'encéphale, c'est-à-dire de la fièvre, du délire, des contractures ou des accès convulsifs.

Vous le voyez donc encore une fois, les statistiques d'origine anglaise ne nous ont rien appris de neuf.

Enfin, messieurs, voici le but de ces quelques mots : j'ai voulu, comme M. Giraldès, mettre les lecteurs de nos bulletins en garde contre des convictions honorables, mais puisées à des sources douteuses. On pourra peut-être m'accuser d'une sollicitude exagérée pour les opinions françaises de Desault et Malgaigne et, en général, pour les travaux qui se font dans notre pays, mais on m'accordera au moins que, dans cette discussion, il a été donné, sans profit pour la science, une place trop large aux étrangers.

M. MARJOLIN. Je crois que M. Le Fort a trop recommandé l'usage de l'opium dans les fractures avec accidents cérébraux. Il est préférable d'avoir recours aux émissions sanguines et aux purgatifs répétés. Il faut éviter, du reste, de confondre les accidents de la méningite avec ceux du *delirium tremens*.

On a dit qu'il fallait trépaner dans les cas d'hémiplégie, je n'accepte pas cette conclusion ; les observations fournies par MM. Legouest et Perrin démontrent l'inutilité de l'intervention pour ces cas particuliers. Pour ma part, je réserverais le trépan pour les cas d'enfoncement du crâne avec accidents persistants.

M. VERNEUIL. Si les chirurgiens français ont jusqu'ici accueilli trop timidement le trépan, il est à craindre que la discussion actuelle ne les pousse dans une voie contraire.

On a conseillé ici le trépan pour remédier à des accidents que, pour ma part, j'ai vu céder à la médication antiphlogistique. Quant à l'opium, je l'ai employé dans les cas de délire avec agitation et alors qu'il n'était plus possible de recourir de nouveau aux émissions sanguines ; j'ai obtenu des résultats satisfaisants. Les recherches modernes semblent démontrer que l'opium, loin de congestionner les centres nerveux, a une action tout inverse, la contraction des vaisseaux produisant une sorte d'anémie cérébrale.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale d'émulation de Montpellier;*

Le *Montpellier médical*, n° d'avril 1867;

L'article CANCER, par M. le docteur Heustaux (de Nantes). Extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;*

Des névrômes pléxiformes, variété de tumeurs sous-cutanées. Thèse inaugurale. Paris, avril 1867, par le docteur Margerin.

Une lettre par laquelle M. Aubry (de Rennes) réclame contre une erreur commise par M. Léon Le Fort, dans une des dernières séances, en attribuant à M. Guyot une opération de trépan faite avec succès, à Rennes, en 1845.

M. LE FORT. La réclamation de M. Aubry est parfaitement fondée; cette observation, en raison de sa date, ne figure pas dans ma statistique; je me suis borné à la mentionner; mais en la relisant dans mes notes, le nom de M. Guyot avait surtout appelé mon attention, car elle débute à peu près ainsi : Une malade se présente, en 1845, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, à la consultation de M. Guyot...

L'opérateur est réellement M. Aubry, et non M. Guyot.

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé adressée par M. Tillaux;

Une observation de luxation du coude, par M. le docteur Champenois, médecin principal à Blidat.

Un mémoire de M. le docteur Leflamé (de Beaune), intitulé : *De la pustule maligne ou charbon externe de l'homme.* (Commission : MM. Tillaux, Labbé et Panas.)

M. le docteur Symson assiste à la séance.

COMMUNICATION.

Luxation incomplète du cubitus et du radius en dedans, avec fracture du condyle et consolidation irrégulière, sans réduction préalable. — Avantages et mécanisme de la flexion forcée dans la réduction primitive par la méthode de douceur.

M. CHAMPENOIS fait la lecture suivante :

Les cas de luxation incomplète complexe des os de l'avant-bras en dedans ne sont pas assez nombreux pour qu'une observation de plus puisse paraître superflue. En l'espèce, Malgaigne ne signale que deux faits, avec cette particularité que le fragment n'avait pas suivi le radius : circonstance qu'il considère comme aggravante pour le succès de la réduction.

J... (Jean), enfant de neuf ans, tombé d'un cheval au pas, sur le côté gauche, l'avant-bras engagé derrière le dos, nous a offert dernièrement, vers le cinquantième joûr de l'accident, un curieux exemple de luxation incomplète du cubitus et du radius en dedans, avec une fracture qui avait intéressé la bifurcation externe de l'humérus, la cavité olécrânienne et la trochlée, de manière à isoler en un fragment le condyle, l'épicondyle, 2 centimètres de l'arête humérale externe et une portion de la trochlée. Ce fragment était consolidé.

L'amaigrissement avait ramené le coude aux conditions d'une pièce d'anatomie pathologique.

L'articulation était à demi fléchie ; l'avant-bras, en pronation moyenne, plus rapproché de l'axe du bras que celui du côté opposé. Les mouvements d'extension et de flexion étaient arrêtés; la pronation et la supination faciles. Le pli cutané, transversal en dedans, s'abaissait en dehors. De niveau avec le point correspondant à l'épitrochlée, il ne répondait plus, malgré son abaissement, à la saillie qui représentait l'épicondyle. Cette saillie le débordait encore en bas de 1 centimètre 1/2.

En arrière, plus d'olécrâne au milieu de l'espace compris entre les deux tubérosités ; cavité olécrânienne libre, mais presque effacée ; face postérieure de l'épitrochlée confondue avec le sommet de l'olécrâne par un tissu de remplissage qui avait aussi comblé le vide entre la tubérosité interne et le relief de la petite cavité sygmoïde à la place de l'épicondyle. En quoi consistait donc la saillie indiquée? Quadrilatère, elle présentait en avant un bord légèrement concave, en arrière un bord irrégulièrement convexe; sur la partie moyenne du supérieur tombait le bord interne de l'humérus; l'inférieur, demi-circulaire en avant, semblait vouloir trancher la peau; le tégument seul séparait la face externe du doigt explorateur.

Quelle pouvait être cette face, sinon la face postérieure de l'épicondyle et du bord qu'il termine en bas?

Son bord antérieur n'était que la fin de l'arête externe.

Son bord postérieur ne s'expliquait que par une fracture qui avait permis au choc et au rond pronateur de faire basculer le fragment en avant, avec abaissement du contour externe du condyle à 1 centimètre 1/2 au-dessous du niveau de l'angle postérieur de l'olécrâne.

En suivant le bord postérieur du cubitus, on trouvait le bec de l'olécrâne accroché en arrière de l'épitrochlée sur l'angle postérieur du contour externe de la trochlée. Ce contour croisait en écharpe, de dehors en dedans, l'arête demi-circulaire qui divise d'arrière en avant les deux cavités sygmoïdes.

La cupule radiale correspondait, en dehors, au sillon intermédiaire

à la trochlée et au condyle, ou plutôt au sillon de la fracture, et en dedans à la portion oblique de la trochlée.

Le vide de la cavité olécrânienne et de la partie postérieure de la gorge articulaire, au-dessus de la cupule radiale, avait été comblé par la saillie en arrière du bord interne du fragment et les éléments du col.

Cette saillie, comme le rejet de la face postérieure en dehors, était le résultat de la chute sur le coude, de l'action du rond pronateur, du ligament latéral externe qui semblait intact, et de l'interposition de la tête radiale.

Dans la position indiquée par l'enfant, l'avant-bras en forte pronation et engagé sous le dos, la chute sur le côté avait fait porter directement l'articulation par la face postérieure de l'épicondyle.

Les tentatives de supination, ainsi que l'extension et la flexion, provoquaient une vive douleur.

On s'était contenté d'envelopper l'extrémité du bras et de l'avant-bras avec deux morceaux de carton contenus par une bande. Dix jours plus tard le rebouteur avait fait appliquer sangsues et cataplasmes.

Au cinquantième jour, le radius avait repris ses mouvements; mais le cubitus était presque immobile.

Que restait-il à faire? Rétablir la mobilité nous a paru l'unique indication.

L'enfant fut soumis à l'action du chloroforme, et l'on procéda à l'extension d'abord, puis à la flexion.

Ni dans un sens ni dans l'autre, le résultat ne fut complet; mais, dans les limites atteintes, le bras pouvait recouvrer sa force et ses usages primitifs.

Il ne fallut, toutefois, pas moins d'un mois d'exercices, de frictions, de bains, de douches, de massage, pour assurer à la volonté de l'enfant les résultats obtenus par les efforts du chirurgien.

Entré le 13 février à l'hôpital, le 16 mars J... pouvait presque atteindre l'épaule gauche avec les doigts; et quand il se cramponnait avec la main pour chercher à étendre l'avant-bras, l'angle du coude devenait très-peu marqué.

A ce résultat, cependant, la réduction eût été bien préférable. Mais elle n'est pas toujours facile. Le crochet olécrânien est bien pris entre la trochlée et l'épitrochlée; le bord interne de l'articulation est solidement embrassé par le tendon du brachial antérieur; il peut même être débordé en dedans.

Malgaigne, impuissant à réduire une luxation incomplète en dedans, avec fracture du condyle, s'est demandé si une portion de ce muscle n'était pas passée en arrière de l'épitrochlée.

Un autre obstacle se trouve dans le fragment externe, quand il n'est pas resté lié à la tête du radius.

Ce n'était pas le cas de l'enfant qui nous occupe.

Mais admettons son existence. Quels sont alors les moyens les plus efficaces d'arriver à lever les trois difficultés?

Ces moyens sont compris dans la méthode de douceur, à la condition de pousser franchement la flexion de l'avant-bras sur le bras aussi loin que possible, pendant que les mains se chargent de la coaptation.

Le pouce qui correspond au côté externe de l'articulation tend à repousser le condyle en haut et en dehors, pendant que les doigts cherchent à ramener l'olécrâne en bas et en dehors. Pour aider à ce dernier mouvement, la main opposée embrasse solidement en dedans le tiers supérieur de l'avant-bras et exécute un effort de torsion d'avant en arrière. Dès que chacun des agents de la coaptation est en puissance d'action, la poitrine du chirurgien s'abat franchement sur la face postérieure de l'avant-bras préalablement appliquée contre elle, et l'on est étonné de la facilité avec laquelle les surfaces articulaires rentrent en rapport.

Les avantages de cette manière de faire, dans deux cas de luxation en arrière complète, nous ont conduit à l'employer dans la luxation incomplète en dedans.

Un cavalier, jeté à terre par un cheval de main qui s'était élancé sur le sien, avait été relevé avec une violente douleur dans le coude gauche et déformation de l'articulation.

La colonne de cavalerie était en marche. Le blessé fut dirigé sur Sétif, où il n'arriva que le troisième jour.

Le gonflement était considérable, la douleur excessive, les muscles contracturés. Un massage progressif, en atténuant la douleur, permit de reconnaître les changements survenus dans les rapports des trois tubérosités principales, la saillie condylienne, et la dépression laissée au-dessous d'elle par le déplacement de la tête du radius en dedans.

On employa d'abord un procédé qui a réussi à M. Triquet, à quinze jours de l'accident : extension, contre-extension dans le sens du déplacement, puis supination et extension, pendant que l'humérus était poussé en dedans sur l'avant-bras attiré en dehors.

Le robuste blessé, surexcité par la douleur, luttait avec avantage contre les efforts de deux infirmiers, quand, passant l'épaule sous le lien extenseur pour le soulever, pendant qu'avec les mains nous opérions la flexion et la coaptation indiquée plus haut, nous avons eu la satisfaction de sentir la réduction se faire au moment où la flexion a été complète.

De ce qui précède nous croyons pouvoir conclure que : dans les luxations incomplètes, récentes, du cubitus et du radius en dedans, avec ou sans fracture du condyle, l'exagération du mouvement de flexion est, comme dernier temps de la méthode de douceur, le moyen le plus efficace de ramener les surfaces articulaires en rapport.

Cette efficacité vient à la fois du relâchement des muscles et des ligaments; du point d'appui de plus en plus large que l'apophyse coronoïde trouve sur la trochlée, à mesure qu'elle refoule le tendon du brachial antérieur, et que le radius repousse son condyle pour se dégager de l'angle interne du fragment.

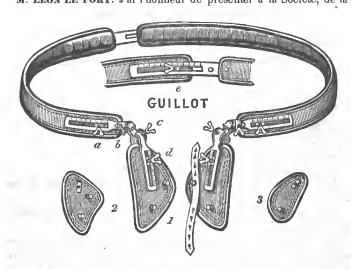
Dans ce mouvement ascensionnel, le croisement du bord interne de la trochlée et de la saillie sigmoïdienne tend à s'effacer et disparaît avec le ressaut de l'olécrâne rentrant dans la gorge articulaire.

En résumé, la réduction a lieu parce qu'à chaque degré nouveau de flexion, l'olécrâne perd en fixité ce que regagne l'apophyse coronoïde dans la voie des rapports perdus.

La flexion forcée joue, au coude, le même rôle que l'extension forcée, ou plutôt l'élévation pour l'épaule; l'apophyse coronoïde y remplace l'acromion.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LÉON LE FORT. J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la



part de M. Guillot, un bandage herniaire de son invention, pouvant servir de bandage contentif pour les malades affectés de hernie et en

même temps d'appareil d'essai ou d'herniomètre. C'est sous ce rapport surtout que l'appareil me paraît digne d'attention.

Au moyen d'une triple articulation, on peut faire varier à l'infini l'inclinaison, la pression de la pelote qu'on peut aussi remplacer de suite par d'autres pelotes de formes et de volumes divers. On peut ainsi, dans les cas de hernie difficiles à contenir, au lieu de faire fabriquer un peu au hasard des appareils souvent insuffisants, trouver facilement et presque de suite la forme, l'inclinaison et la force du bandage nécessité par la hernie.

RAPPORT.

M. BOINET, au nom d'une commission composée de MM. Huguier, Demarquay et Boinet, lit la première partie d'un rapport sur plusieurs observations d'ovariotomie qui ont été adressées à la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;*

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin de thérapeutique,* 15 avril ;

La *Revue médicale de Toulouse,* mars 1857 ;

Catalogue of the Museum of military surgery attached to the army medical school of Nettey ;

I campi d'istruzione ni Italia, nel 1865, par le docteur Felice Baroffio, Firenze, 1866 ;

Intorno ad un enorme calcolo vescicale aventè per nucleo alcune ossa fetali ed a due monstruosita per inclusione in asi l'individuo ceppo si poté porre in condizioni normali, par le docteur Franc. Rizzoli. Bologna, 1867 ;

Une série d'ouvrages adressés par M. Ferdinando Santopedro, chirurgien à Urbin ;

Trattato storio et pratico della litotripsia, Fano, 1853 ;

Sull' importanza del percussore di Heurteloup nella esploratione ed estrazione dei corpi estranei dalla vescica orinaria, 1859 ;

Sulla necessità d'istituire una sala clinica per lo studio della litotripsia, 1862 ;

La cistotomia e la litotripsia, 1863 ;

La litotripsia non è invenzione italiana a scoperta della chirurgia italiana, 1866 ;

Aportazione dell intero mascellar superiore affétto di osteosarcoma. Fuligno, 1844 ;

Sulla fistola vescico-vaginale, 1863 ;

Sopra un caso di terebrazione del cranio, 1866 ;

Storia di una gastrotomia praticata per l'estrazione di un corpo estraneo introdotta nel basso ventre, 1865.

M. Giraldès est chargé de rendre compte à la Société de ces divers travaux.

M. LARREY. J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la part de notre collègue M. Sédillot, un livre considérable ayant pour titre : *De l'évidement sous-périosté des os.* Ce travail, très-utile à consulter, a obtenu la faveur de partager le grand prix de l'Académie des sciences pour 1867. Le traité de l'évidement est le résultat de longues recherches et de l'appréciation successive de toutes les expériences, de toutes les discussions, de tous les faits relatifs à cette grande question de la régénération des os comme moyen de conserver les membres et d'éviter les amputations.

M. Dubreuilh, membre correspondant à Bordeaux, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. BOINET termine la lecture de son rapport sur l'ovariotomie. Ce travail est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le docteur Pétrequin, membre correspondant à Lyon, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Sur un nouveau mode de drainage chirurgical, par le docteur Amédée Paris. Angoulême, 1867;

De l'occlusion intestinale, par le docteur Putégnat (de Lunéville).

La correspondance manuscrite comprend :

Une demande de congé de la part de M. Desormeaux;

Deux observations de M. le docteur Dauvé, chirurgien militaire : l'une sur les luxations complètes de l'astragale en dehors et en avant; l'autre, sur l'ankylose rectiligne du coude.

Ces observations seront renvoyées à une commission composée de MM. Saint-Germain, Després et Verneuil.

M. Sistach, membre correspondant à Constantine, adresse une observation de hernie lombaire.

LECTURE.

M. PÉTREQUIN donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan.*

Discuter la question du trépan au point de vue purement moderne, dit M. Pétrequin, ce serait déjà une entreprise fort difficile en raison des divergences extrêmes auxquelles on se heurte à chaque pas; mais discuter cette question au point de vue antique, en regard des idées modernes dont il faut tenir compte, c'est une tâche bien autrement ardue. Je ne connais aucun travail complet sur cette matière, et je conçois qu'on ait reculé devant ce labeur. Les difficultés mêmes du sujet seront mon excuse, si les solutions que je vais essayer de formuler laissent quelque chose à désirer.

L'antiquité était très-favorable à la trépanation; au dix-huitième siècle, l'Académie de chirurgie la mit à son tour en honneur; puis vint l'école de Desault, et sous son influence une vive réaction s'est

opérée, qui n'a pas cessé depuis lors. Voici comment M. Velpeau, en 1839, a cru devoir peindre l'état des choses : « Desault et son école,... revenant aux idées de Van Wyck, Aïtken et Metzger, ont eu raison d'établir en règle générale que l'opération du trépan est rarement nécessaire, qu'elle est souvent nuisible, et qu'on doit s'en dispenser dans une foule de cas où les chirurgiens du dix-huitième siècle la recommandaient. Cette doctrine que soutient Græfe, à Berlin, que les chirurgiens anglais ont adoptée (1), a généralement prévalu en France, où elle a trouvé un défenseur exagéré dans M. Gama, etc. (*Méd. opér.*). Ces opinions ne sont-elles pas un peu trop exclusives? C'est ce que je ne veux pas examiner ici; remarquons seulement que M. Velpeau lui-même ne peut s'empêcher d'ajouter immédiatement : « Cependant Larrey, Roux, Dupuytren, Delpech, ont mis la trépanation un certain nombre de fois en usage avec succès. Béclard, A. Dubois n'ont pas été moins heureux, etc. » C'est là peut-être un motif pour réclamer contre l'arrêt de condamnation dont on veut frapper le trépan, et pour s'associer à la protestation que Murat ne craignait pas de faire en 1844 au sein de l'école de Paris : « Tous les chirurgiens judicieux penseront que la proscription de cette opération est aussi injuste, que l'abus qu'on en a fait à diverses époques était condamnable; car la pratique de la chirurgie offre des cas dans lesquels rien ne saurait suppléer à l'opération du trépan et où ce moyen, employé en temps opportun, arrache le malade à une mort certaine. » (*Dict. de méd.* en 30 vol.) On peut ajouter que L. J. Sanson pensait de même (*Dict. de méd. et chir.*, en 15 vol., 1832, VIII). Tâchons donc de faire un instant table rase à l'endroit de toute opinion systématique pour ou contre la trépanation, afin d'aborder cette intéressante et difficile question avec un esprit indépendant et dégagé de toute idée préconçue.

De nos jours, on s'accorde à poser ainsi les indications : « Le but de la trépanation est — de livrer passage aux liquides qui ont pu s'épancher dans la cavité crânienne, — de permettre de relever les esquilles enfoncées dans le cerveau, — d'extraire tout corps étranger dont la présence serait de nature à gêner les fonctions cérébrales. »

---

(1) Nous verrons plus loin qu'il y aurait plus d'une restriction à faire à l'égard de cette appréciation. Tout récemment M. Le Fort, mettant en parallèle la chirurgie anglaise et la chirurgie française au point de vue du trépan, a formellement accusé la première de pécher par excès et la nôtre par défaut; de 1855 à 1866, les recueils anglais renferment 137 observations de trépanation pour des fractures du crâne, tandis que les recueils français n'en mentionnent que 4 cas seulement. (*Soc. chirurgic.*)

Velpeau (*Élém. de méd. opér.*, 1839, t. III), Sanson (*Dict.* en 15 vol.), Murat (*Dict.* en 30 vol.), etc., formulent les mêmes règles.

Telle n'était point la doctrine d'Hippocrate, qui diffère essentiellement de celle qu'on enseigne aujourd'hui dans nos écoles; voici comment il l'expose lui-même, § IX (Littré, t. III, p. 210) : « Parmi « les lésions traumatiques du crâne, celles qui réclament l'emploi du « trépan (*Modiolus*), sont : — la *contusion*, qu'elle se dérobe à la vue « ou qu'elle soit apparente; — et la *fracture*, qu'elle soit cachée à « l'œil ou manifeste; — et de même encore l'*hédra* ou *empreinte* « produite sur l'os par l'arme vulnérante, s'il s'y joint une fracture « ou une contusion, ou si une contusion sans fracture vient seule la « compliquer, c'est dans ce cas que l'empreinte exige l'application « du trépan. — Mais s'il s'agit d'un os qu'un *enfoncement* a déprimé « hors de sa position normale, il en est peu dans le nombre qui aient « besoin de la trépanation, et il en sera d'autant moins besoin que les « os seront plus enfoncés et plus brisés; — l'*hédra* aussi, prise en « elle-même et survenue sans fracture ni contusion, ne réclame pas « davantage l'emploi du trépan. » — On voit combien j'avais raison de dire qu'il était indispensable ici de faire préalablement table rase; car cet énoncé d'Hippocrate s'éloigne tellement des idées reçues chez nous, qu'il bouleverse de fond en comble tout le système de notre enseignement didactique. De toutes les questions diverses que soulève notre auteur, je ne veux pour le moment en aborder qu'une seule, celle de la contusion; les autres pourront venir en leur temps.

De la trépanation dans les contusions du crâne.

Qui trépane aujourd'hui pour une contusion du crâne? et qui ne s'étonne de voir Hippocrate le faire et le prescrire? Qu'on veuille bien, toutefois, l'entendre avant de condamner sa doctrine! Il commence par décrire le mal : « Il y a, dit-il, § V (Littré, p. 200), il y a plusieurs degrés dans la contusion : ainsi elle peut être plus ou moins profonde; elle est tantôt plus profonde et traverse toute l'épaisseur de l'os; tantôt moins profonde et n'intéressant pas l'os dans toute son épaisseur. » La règle, pour Hippocrate, était d'enlever la partie contuse. Dans le premier degré, il pratiquait ce que je nommerai une *demi-trépanation*, en emportant avec la couronne la table externe jusqu'au diploé, comme on le voit dans l'observation 16 du Ve livre des *Épidémies*.

Hippocrate entraîna, par son exemple, tous les chirurgiens de l'antiquité, dont on pourrait invoquer la pratique à l'appui de la sienne. Ils ne différaient guère que par leur manière d'opérer : Celse employait la rugine, Galien la tarière et les ciseaux à excision, etc. « Il

peut arriver, dit Celse, VIII, 3, qu'à la suite d'un coup l'os ne soit ni brisé ni fendu, mais atteint d'une contusion superficielle qui en rend la surface inégale : il suffit alors de ruginer et de polir la partie lésée. » — Galien écrit de son côté (Corchi, *Græcorum chirurgicorum libri*, Florent., 1754, p. 109; Oribas, XLVI, 21, éd. Daremb., IV, 180) : « S'il existe une contusion du crâne compliquant une fracture, il faut exciser la partie contusionnée de l'os, en se servant de ciseaux à excision, auxquels on aura préparé les voies à l'aide de tarières. — Paul d'Égine admet, dans la contusion, les deux degrés dont il vient d'être parlé, et se conduit d'après les principes d'Hippocrate et de Galien, VI, 90. — Mais celui de tous dont le travail est à mon avis le plus satisfaisant, c'est Héliodore (contemporain de Trajan et de Juvénal), qui nous initie aux motifs de sa conduite; il étudie la question en pathologiste expérimenté ; il fait voir que la contusion du crâne, négligée, peut être suivie d'accidents graves, que souvent il survient au-dessous un abcès qui décolle la dure-mère et altère l'os; il remarque que la collection purulente se forme précisément au-dessous de la région contusionnée, et il conclut que le remède héroïque est la trépanation ; il veut que l'os contus et malade soit excisé après l'avoir entouré de trous à l'aide de la tarière ; il note que cette opération réclame beaucoup de soin et de précision, pour ne pas blesser les méninges, etc. (Oribas, XLVI, 17.)

On comprendra, après ce qui précède, que cette trépanation, qui dans les mains d'Héliodore était *curative*, Hippocrate voulût lui donner une qualité de plus en la rendant *préventive*. Qu'y a-t-il de fondé dans la doctrine d'Hippocrate? Il faut avouer que, dans l'état actuel de la science, rien ne semble plus difficile à déterminer. De nos jours on n'accorde plus guère à l'operation ni l'une ni l'autre des deux qualités dont il s'agit; la contusion ne figure même plus parmi les indications opératoires. Nous vivons sous l'empire de l'école de Desault ; les esprits se sont détournés de la tradition, pour se concentrer dans le présent ; on ne veut admettre que des faits nouveaux ; on récuse les faits anciens comme mal observés, si bien qu'ils se trouvent relégués dans l'ombre. On ne paraît plus guère vouloir tenir compte des enseignements du passé, et pourtant il semble qu'ils ne méritent ni cet oubli ni ce dédain.

Or, qu'apprend l'expérience? En compulsant les recueils d'observations, je constate (pour ne parler que des phénomènes locaux) qu'une contusion notable du crâne peut produire deux sortes d'accidents : comme accidents *primitifs*, on trouve les *épanchements sanguins*, extérieurs entre le péricrâne et l'os; ou intérieurs entre le crâne et la dure-mère, ou bien les deux simultanément. Or, sans nous

arrêter aux phénomènes de compression qu'ils peuvent produire, je note qu'il n'est pas rare que ces épanchements ne se résorbent pas, surtout les derniers, et qu'ils finissent par engendrer des complications fâcheuses. — Comme accidents *secondaires*, on a à redouter : 1° des *abcès* dans les mêmes lieux que l'épanchement sanguin ; — 2° l'*ostéite* de la portion contuse du crâne ; — 3° souvent une *carie ;* — 4° plus souvent encore une *nécrose*. Ces lésions secondaires présentent une gravité particulière à cause non-seulement de leur durée chronique, mais encore des réactions morbides qu'elles provoquent dans les méninges et le cerveau, cinquième genre d'accidents, en sorte que, si d'abord on n'y porte remède, la mort du blessé en est fréquemment la conséquence. La mortification partielle du crâne est un fait assez ordinaire quand la contusion s'accompagne de dénudation ; mais celle-ci n'est point indispensable pour la production de la nécrose et des autres accidents secondaires.

Comment les chirurgiens des derniers siècles ont-ils compris et formulé les indications opératoires ? J'éviterai de prendre mes exemples dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, qu'on accuse d'avoir été trop favorable à la trépanation ; je me bornerai à un petit nombre de citations, mais je les choisirai dans des ouvrages qui ont mérité de faire autorité, de leur temps. Ledran, qu'on qualifie « un des chirurgiens les plus habiles et des écrivains les plus judicieux du dix-huitième siècle » (Dezeimeris, *Dict. historiq. de la méd.*), Ledran expose ainsi son opinion : « Plusieurs expériences nous apprennent que la dure-mère devient malade en conséquence de la contusion de l'os, et que la maladie dégénère en pourriture, ce qui a jusqu'ici emporté plusieurs malades, malgré les secours usités : il faut absolument trépaner de bonne heure. » Puis, faisant allusion aux indications classiques de l'opération, il conclut : « La contusion de l'os est un cas où le trépan n'est pas moins nécessaire, non à cause que l'os est contus, mais pour prévenir la maladie de la dure-mère et de la pie-mère qui en est une suite presque inévitable. » Ainsi pour Ledran, comme pour Hippocrate, la trépanation constituait dans ce cas une médication préventive ; et ce n'était pas une opinion purement théorique : il l'étayait sur l'observation. Au seizième siècle, A. Paré trépanait aussi dans la contusion du crâne (voy. l. X, c. 5). Au dix-septième, Dionis, dans son *Cours d'opérations* (p. 516), est on ne peut plus explicite : « Quoique la contusion soit sans scissure (fracture) et qu'elle ne paraisse que comme un écachement (écrasement) semblable à celui que fait un coup de marteau sur du bois, il ne faut pas laisser de trépaner, parce que les fibres de l'os y sont désunies, et alors c'est à l'endroit de la contusion que l'opération doit être

faite. » Tels sont les principes que Dionis professa dans son cours public d'opérations de 1673 à 1680, qu'il maintint dans la publication qu'il en fit en 1707, et que de Lafaye reproduisit dans son édition annotée de 1740.

A la fin du dix-huitième siècle, nous retrouvons dans Lassus un nouveau champion de ces idées, précisément à l'époque où le célèbre Desault, influencé par une série de revers, et ne tenant peut-être pas assez compte des conditions défectueuses de l'Hôtel-Dieu de Paris, si bien appréciées par Dionis, crut pouvoir ériger des circonstances particulières au rang de loi générale, si bien qu'il en vint à peu près à proscrire le trépan. Lassus, dans sa *Médecine opératoire* (1794, t. II, p. 195), distingue deux degrés dans la contusion.

Premier degré : « Si elle se borne à la table externe... il survient une tumeur qui ne se termine point par résolution, malgré les toniques les plus résolutifs, etc... ; il y a nécessité de l'ouvrir pour donner issue au pus qui est ichoreux. L'os est à découvert, il est d'un blanc terne ou jaunâtre, et l'ulcère ne peut guérir que par l'exfoliation osseuse. »

Deuxième degré : « Si les cellules du diploé ont été rompues, les vaisseaux sanguins fourniront la matière d'un épanchement entre les deux tables de l'os..., qui donnera lieu consécutivement à une suppuration putride, laquelle cariera le crâne en s'étendant au loin entre les deux tables qu'elle corrodera... et qui seront percées de plusieurs trous comme un crible, etc... ; maladie toujours mortelle lorsqu'on n'y remédie point dans son principe, et qu'on ne peut guérir qu'en... appliquant le trépan, etc. »

Ce ne sont point là des vues purement spéculatives ; Lassus étudie la question en clinicien ; il s'appuie sur des observations fort probantes avec autopsie, où l'on constate le développement des diverses lésions qu'il vient de décrire : épanchement sanguin, nécrose, carie, abcès, inflammation des méninges, etc.

Ainsi, sans aller plus loin, voilà pour l'école française une série non interrompue durant trois siècles de témoignages imposants en faveur de la trépanation. Richter, pour ne pas remonter plus haut, va nous servir d'exemple à la fois pour les écoles allemande et italienne ; car la traduction de Volpi a rendu ses *Éléments de chirurgie* classiques en Italie, comme ils l'ont été en Allemagne, à la fin du dix-huitième et au commencement du dix-neuvième siècle. La popularité de l'œuvre de Richter n'a fait que s'accroître dans les universités de la Péninsule avec la nouvelle édition en dix vol. in-8° de mon regrettable ami Ranieri Cartoni, de Pise, qui la commença en 1825, sous la direction de son illustre maître Vacca Berlinghieri, et

qui l'a continuée jusqu'en 1847, en l'enrichissant d'un commentaire. Richter établit que, dans la contusion du crâne, il y a deux indications à remplir : l'une consiste à prévenir les accidents dont on est menacé, et l'autre à les combattre et à les dissiper quand ils viennent à se déclarer. Il note que les chirurgiens ont rarement à s'occuper de la première sur laquelle les blessés ont assez coutume de se faire illusion. Quant à la seconde, voici ce qu'il conseille : « A la première apparition des effets consécutifs de la contusion, le chirurgien doit recourir à l'opération du trépan ; celle-ci doit sans faute être exécutée aussitôt que les premiers symptômes se manifestent. La moindre temporisation peut être fort dommageable et même causer la mort, car du moment que la dure-mère et la pie-mère restent ainsi dans un état d'altération et de pourriture, et la surface du cerveau sous une couche d'humeur ichoreuse, le blessé doit être considéré comme perdu. La trépanation dans ce cas réunit trois avantages : 1° elle enlève la portion altérée du crâne ; 2° elle diminue la tension qu'entraîne l'inflammation des méninges ; 3° elle ouvre une libre issue aux humeurs ichoreuses disséminées entre le crâne et la dure-mère. » (Voy. éd. Volpi, 1798, t. III, p. 40.) On ne saurait être plus catégorique que Richter, dont l'opinion est partagée par Volpi et Vacca Berlinghieri, etc.

Il me reste maintenant à produire un des principaux représentants de la chirurgie anglaise, dont personne ne contestera la haute compétence, je veux parler de Percival Pott ; son opinion est formelle ; sa manière d'argumenter est judicieuse et convaincante ; dans son mémoire (voy. Pott, *Œuvr. chirurg.*, trad. fr., 1777, t. I, p. 19 à 82), ce sont les faits qui parlent, et ils sont en grand nombre. Voici comme spécimen quatre observations de *contusion du crâne sans plaie* qui me paraissent propres à jeter une nouvelle lumière sur la question que j'agite.

Obs. I. — Un pauvre garçon est renversé sans connaissance par un coup violent sur la tête ; porté à l'hôpital, il est saigné, et au bout de deux heures il reprend ses sens. Le lendemain, deuxième saignée, il sort de l'hôpital le cinquième jour pour reprendre son travail. Il y rentre le douzième jour, affaibli et le visage défait ; forte céphalalgie, soif, pas de sommeil ; troisième saignée. Le lendemain, quatrième saignée. Le quatorzième jour, il fut pris d'un frisson qui se renouvela plus intense le lendemain et fut suivi d'un délire avec convulsions. Le blessé mourut le dix-septième jour. Il n'avait offert d'autre symptôme local qu'un gonflement léger, perceptible seulement le quatorzième jour, sur la région de la tête qui avait reçu le coup. On y avait fait une incision sans trépaner. A l'autopsie, on

trouva le péricrâne décollé au niveau de la tumeur, l'os dénudé et ayant perdu sa couleur normale, et au-dessous un foyer considérable de pus entre le crâne et la dure-mère, sans trace de maladie en aucun autre point.

Voilà un exemple remarquable de contusion du crâne, suivie d'une méningite partielle ; il est à noter que l'inflammation était circonscrite au lieu contus. Ce cas, très-caractérisé, où la nature et la médecine furent impuissantes à sauver le blessé, mérite de fixer l'attention des opérateurs ; il en est de même du suivant :

Obs. II. — Un enfant de neuf ans est renversé par un coup de bâton sur la tête et reste un instant étourdi. On ne constate qu'un léger engorgement, et les premiers jours il n'y a point d'accidents. Le sixième jour, céphalalgie, vomissements, fièvre et nausées persistant jusqu'au douzième jour, où survient un premier frisson, suivi le lendemain d'un second qui se compliqua de délire. Pott, appelé alors, trouve une tumeur fluctuante et propose le trépan. Il incise et découvre le crâne qui est dépouillé et a perdu sa couleur naturelle ; mais, comme il n'y avait pas de fracture, la famille et le médecin s'opposèrent à la trépanation. L'enfant, après trois jours de délire, tomba dans un état d'insensibilité et mourut. Pott, à l'autopsie, trouva l'os altéré, la dure-mère décollée sous le pariétal gauche et une partie du temporal et couverte d'un pus abondant ; en outre, sous la partie moyenne du pariétal, la dure-mère décolorée fut incisée et laissa sortir une cuillerée de matière purulente. Tout le reste était sain dans le crâne. « Quand je vis l'enfant, dit Pott, il ne restait plus que la trépanation qui pût procurer quelque bien. Je ne prétends pas dire qu'elle eût sûrement sauvé le blessé... mais elle était le seul moyen qu'on pût convenablement employer... J'avais été contrarié, j'ose dire mal à propos, pour la manière de gouverner le malade. »

Dans les deux cas analogues qui suivent, Pott put mettre en pratique les conseils qu'il donnait ici, et l'opération réussit malgré la gravité des accidents.

Obs. III. — Un ouvrier tombe d'un deuxième étage et perd connaissance Il ne tarde pas à revenir à lui. Il y a une contusion sans plaie au côté droit du front et au bras, il est saigné et pansé. Le deuxième jour, il reprend son travail. Le sixième, il rentre à l'hôpital : vive céphalée, vertiges, nausées. Incision de la tumeur frontale qui laisse échapper un liquide noirâtre ; le crâne est dépouillé de périoste ; saignée du bras. Le septième, fièvre, insomnie avec agitation, troisième saignée. Le huitième, fièvre persistante, constipation. Saignée de la jugulaire, purgatif. Le neuvième, pouls dur, accéléré ; peau chaude

et aride; saignée de l'artère temporale. Le dixième, il y a eu un frisson; la plaie a pris un mauvais aspect; elle est pâle, spongieuse; il y a décollement du péricrâne. Pott trépane et enlève un disque sous lequel il trouve la dure-mère altérée et couverte de pus. Le onzième, il y a eu un autre frisson; la fièvre est plus forte, la douleur plus aiguë et la plaie plus laide; large couronne de trépan près du temporal, qui donne issue à une quantité considérable de matière purulente. Nouvelle saignée qui est suivie d'une défaillance; lavement laxatif. Le lendemain, douzième jour, soulagement prononcé qui alla croissant. Il s'écoula beaucoup de matière par les ouvertures du trépan, la plaie s'améliora rapidement; on prescrivit le quinquina et la terminaison fut heureuse, « grâce, dit Pott, à l'opération du trépan, aidée d'abondantes saignées. »

Obs. IV. — Un garçon de douze ans reçut un coup de bâton sur le front et perdit connaissance; transporté à l'hôpital, il revint à lui. Tumeur sanguine au front; saignée. Le deuxième jour, fièvre, constipation. Nouvelle saignée, suivie d'un purgatif, topiques résolutifs. Il sort le neuvième jour, il rentre à l'hôpital le quatorzième; fièvre, céphalalgie, vertiges; saignée, puis vomitif, ensuite purgatif. Le dix-septième, frisson, aggravation du mal de tête, et de la fièvre qui empire le dix-huitième. Le dix-neuvième, douleurs vives au front; nouvelle saignée, mais sans amendement. Le vingtième, frisson, enflure douloureuse au front. Pott incise, fait sortir un liquide décoloré et trouve le péricrâne décollé dans la largeur d'un écu. Il ne voit d'autre ressource que le trépan qu'il applique à l'instant même; il donne issue à la matière purulente formée entre le crâne et la dure-mère; l'écoulement continua une semaine avec des symptômes graves; puis la suppuration diminua, la dure-mère s'incarna et le blessé guérit. Il prit sur la fin une décoction de quinquina.

Voilà, ce me semble, des faits probants en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne. Je n'ignore pas que toutes les tentatives opératoires de Pott n'ont pas été aussi heureuses; mais quelle est l'opération qui pourrait prétendre l'être toujours? C'est ici le lieu de rappeler ces judicieux conseils que son compatriote, Benjamin Bell, formule dans un ouvrage estimé (*Cours de chirurgie*, trad. de Bosquillon, 1796, t. III, p. 69) : « Lorsqu'on agit d'après des principes dont la vérité ne peut être contestée, il faut songer uniquement au danger imminent qu'on se propose d'éviter, ne pas s'arrêter au nombre des succès, et oublier toute autre considération pour ne s'occuper que de sauver le malade. Si on n'opérait que quand on est sûr de réussir, il en périrait beaucoup qu'on aurait pu sauver par le trépan;... toutes les fois qu'après y avoir mûrement réfléchi, il

paraît qu'il ne reste qu'un seul moyen de guérison, on doit y recourir sans balancer, quelque douteux qu'en puisse être le succès. »

Ainsi nous rencontrons dans tous les pays des chirurgiens éminents qui se prononcent hautement en faveur de la trépanation dans certaines contusions du crâne; cet accord est ici d'un grand poids; et rien, au milieu des difficultés du sujet, rien ne saurait mieux faire comprendre avec quelle profonde sagacité Hippocrate avait su juger la gravité d'un mal, souvent léger en apparence, et combien la doctrine de ce grand observateur est digne de notre attention.

Je pourrais arrêter ici cette discussion : mais certainement ma voix aura plus de chance d'être écoutée si je puis faire entendre, dans le même sens, la voix d'un de nos maîtres dont je suis heureux d'invoquer l'autorité; je veux parler de M. Velpeau qui, en 1834, dans sa monographie sur la trépanation, a étudié la question sous une de ses faces, c'est-à-dire au point de vue de la nécrose. Il rapporte trois cas où cette nécrose du crâne entraîna la mort.

Obs. I. — Un garçon de seize ans se heurta violemment la tête contre une cheminée. Les signes de commotion qu'il présenta sur-le-champ se dissipèrent bientôt, et le lendemain il se crut guéri.

Mais la plaie ne se cicatrisa pas, et, au bout de quelques mois, on reconnut qu'elle reposait sur une portion nécrosée de l'occipital. D'autres symptômes survinrent du côté de la région cervicale, et la mort eut lieu le neuvième mois. Or la nécrose qui, baignant dans le pus par ses deux faces, n'avait qu'un pouce de diamètre, eût été facile à enlever avec le trépan ; elle n'avait encore subi qu'un léger travail d'élimination.

Obs. II. — En 1833, on amena dans le service de M. Velpeau une femme de soixante-deux ans, qui portait, au-dessus de la bosse pariétale gauche, une plaie accompagnée de fracture et de nécrose dans l'étendue de quinze lignes. La blessure datait de trois semaines, et résultait d'un coup de pelle de cheminée. L'intelligence était altérée; il y avait de la somnolence, de l'hébétude, mais point de paralysie. On ne crut pas devoir recourir au trépan. Quinze jours après, des symptômes de méningite se manifestèrent tout à coup, et la mort ne tarda pas à survenir. Une couche semi-purulente se remarquait par diffusion sur différents points des hémisphères; le point des lobes antérieurs correspondant à la plaie était en suppuration, et la dure-mère grisâtre et perforée. La nécrose eût été facile à cerner.

Obs. III. — En 1833, un paysan reçoit un coup de marteau à côté de la bosse occipitale; il entre dans le service de M. Velpeau. On distinguait une nécrose au fond de la plaie; mais comme il n'y avait pas

d'accidents, on ne crut pas devoir trépaner. Quelques symptômes inquiétants alternèrent avec un état de bien-être parfait, durant six semaines; puis une méningite se déclara et entraîna la mort.

M. Velpeau avoue qu'il a peine à se défendre de l'idée que si ces malades avaient été trépanés avant le développement de la phlegmasie cerébrale, ils eussent probablement survécu; et certes tout ce qui précède dans notre mémoire milite puissamment en faveur de cette conclusion. Voici maintenant, en regard des faits cliniques, les règles que croit devoir poser l'honorable professeur : « Souvent, dit-il, il ne se dépose sous l'os contus qu'une couche mince de liquide, et le malade n'est affecté que d'une simple nécrose qui peut se détacher à la longue, mais qui, abandonnée à elle-même, devient souvent la source d'accidents nombreux, si même elle ne finit pas par amener la mort. L'emploi du trépan est d'autant plus positivement indiqué dans ce cas qu'on est certain d'agir sur le mal, et qu'il n'expose presque à aucun risque. Une nécrose qui comprend toute l'épaisseur des os du crâne est une cause incessante de mort. S'il est vrai qu'elle reste parfois latente et en quelque sorte ignorée de l'organisme, il l'est aussi qu'elle peut amener des abcès, des érysipèles, des fusées purulentes au dehors, des foyers ichoreux, l'inflammation des méninges ou du cerveau, à l'intérieur. Le trépan n'eût-il d'autres avantages alors que d'offrir une issue aux liquides qui suintent ou peuvent suinter du côté de la dure-mère, il ne faudrait pas hésiter à y recourir; mais il peut faire mieux, il peut enlever la totalité du mal et mettre la nature en état de procéder activement à la fermeture du crâne. Pour moi, je suis disposé à soutenir qu'une nécrose des deux tables des os du crâne est par elle-même, qu'elle soit ou non accompagnée de phénomènes de compression, une indication fondée de trépanation. » (*Du trépan dans les plaies de tête*, 1834.)

On ne saurait être plus affirmatif que M. Velpeau; je n'ignore pas qu'il ne tient plus le même langage dans sa *Médecine opératoire* (3 vol , 1839). Mais on serait mal autorisé à vouloir mettre en opposition l'auteur de 1834 et le professeur de 1839. Je m'explique parfaitement les différences qu'ils présentent : l'un, ayant à rédiger un traité technique général, n'a pu aborder pour chaque question toutes les circonstances de détail; l'autre au contraire, ayant à composer une monographie, avait pour devoir d'entrer dans de plus amples développements et d'approfondir de son mieux tous les points de son sujet; ce qui donne du prix à ses conclusions, c'est qu'ici son avis est plus étudié.

En résumé, l'ensemble des accidents que nous avons vus résulter des contusions du crâne, et qu'une chirurgie active peut prévenir

ou dissiper, montre surabondamment la haute importance d'une intervention opportune de l'art. C'est un enseignement précieux tiré de la chirurgie d'Hippocrate, il prouve une fois de plus combien elle est féconde et combien les vues de ce grand maître sont dignes de nos méditations. C'est une indication opératoire nouvelle ou, si l'on préfère, renouvelée, qui mérite d'être enregistrée et examinée de nouveau. La science moderne, en la laissant tomber dans l'oubli, a commis une faute qu'elle devra réparer.

Assurément je n'ai pas la prétention d'avoir tranché en dernier ressort cette grave question, car un effort individuel comme le mien ne saurait avoir une telle prérogative. J'ai du moins l'espoir de l'avoir consciencieusement étudiée et fait une œuvre utile en rappelant une tradition oubliée, et de l'avoir, en la dégageant de toute hypothèse, replacée sur son véritable terrain, celui de la pratique de l'art qui nous intéresse toujours, enfin de l'avoir entourée d'assez de témoignages et de faits pour lui assurer une valeur et une autorité que ne sauraient récuser les esprits sérieux les plus sévères. Dans cette conviction, j'ai cru devoir porter la cause devant la Société de chirurgie : si elle doit triompher, comme je l'espère, nul autre tribunal ne sera plus apte à la connaître et à la juger.

Discussion sur l'opération du trépan.

M. LARREY lit la première partie d'un travail sur l'opération du trépan.

PRESENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN présente deux pièces pathologiques relatives :

1° A un abcès tuberculeux de la partie supérieure du tibia ;

2° A des fongus multiples des os du crâne.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 1er MAI 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

M. LEGOUEST. La Société voudra bien se rappeler, je l'espère, que je suis un des chirurgiens d'armée qui rejettent et combattent cette opinion que les fractures du fémur par coups de feu nécessitent toujours l'amputation de la cuisse. J'ai été beaucoup plus loin que tous mes collègues dans la voie de la chirurgie conservatrice; et je crois avoir démontré d'une manière générale que les fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation des membres, ne sont pas plus funestes que les amputations; et que les amputations donnent des résultats moins satisfaisants que la conservation dans les fractures par coups de feu de la moitié supérieure du fémur.

Ces principes, exposés par moi dans diverses publications et notamment dans mon *Traité de chirurgie d'armée*, ont été pris en grande considération par les chirurgiens américains, pendant la guerre de la sécession. C'est à cela, sans doute, que je dois l'honneur d'avoir reçu de M. le docteur George A. Otis, conservateur du musée médical de l'armée à Washington, les magnifiques photographies que je mets sous les yeux de la Société.

On sait quelle haute intelligence a présidé à la direction du service de santé des armées américaines, sous les auspices de M. William Hammond d'abord, puis de M. Barner. Entre toutes les choses utiles accomplies ou fondées par les chirurgiens en chef des États-Unis, il faut citer le musée médical militaire. qui au 1er janvier 1863 ne comptait pas moins de 1344 pièces anatomo-pathologiques de blessures de guerre.

Un atelier de photographie annexé à ce musée a reproduit les cas de chirurgie militaire les plus intéressants et le résultat de leur traitement.

Au nombre des photographies qui m'ont été envoyées, s'en trouvent vingt-trois représentant les résultats de fractures du fémur par coups de feu, traitées par la conservation du membre; la plupart sont des fractures du tiers supérieur. Toutes ces photographies, qui sont de grande dimension, portent, collée au verso, l'observation imprimée du cas qu'elles reproduisent. Elles ont pour moi un grand intérêt, puisqu'elles viennent à l'appui de mes opinions; elles n'en auront pas moins, je pense, pour la Société de chirurgie tout entière.

DISCUSSION SUR LE TRÉPAN (SUITE).

M. LARREY termine la lecture de son *Mémoire sur le trépan*, dont il présente l'analyse sommaire et les conclusions :

« J'ai cherché dans cette étude, dit M. Larrey, à coordonner les nombreux matériaux que j'avais amassés depuis plus d'une tren-

taine d'années, dans la pratique militaire surtout, pour les soumettre au jugement de la Société de chirurgie.

« Je n'ai pas seulement examiné, à mon point de vue, la question du trépan, restreinte, dans la discussion, aux fractures du crâne avec enfoncement, j'ai cru que toutes les lésions traumatiques de la tête pour lesquelles cette opération était discutable avaient entre elles, sous ce rapport, une solidarité plus ou moins étendue. C'est pourquoi il m'a paru tout à fait utile d'apprécier les indications et les contre-indications du trépan pour chaque lésion du crâne, malgré les difficultés d'une telle entreprise et malgré les incertitudes de la vérité, au milieu des opinions les plus contradictoires.

« Mais je suis responsable seulement de mon opinion personnelle, fondée toutefois, je dois le dire, sur la grande expérience de mon père, qui, ayant vu des milliers de blessures de la tête, n'avait eu recours au trépan que dans un très-petit nombre de cas, et d'après des indications bien précises.

« Les contusions du crâne, simples ou compliquées, les fractures avec ou sans enfoncement, la pénétration des corps étrangers dans la cavité osseuse, les épanchements sanguins, les lésions du cerveau, commotion, contusion, compression, les accidents nerveux, céphalalgie, convulsions, délire, épilepsie, les accidents inflammatoires de méningite ou d'encéphalite, avec ou sans épanchement purulent, et enfin la paralysie traumatique : telle est la série des lésions dont j'ai tâché de déduire autant de propositions relatives au trépan.

« Je rappelle l'époque à laquelle l'opération peut être faite, la proportion des cas de trépanation au nombre des blessures du crâne, et les résultats de la statistique, d'ailleurs si controversée.

« Les abus, les accidents, les difficultés même, et enfin l'insuffisance de cette opération grave, à mon avis, deviennent autant d'arguments pour en restreindre l'emploi, si précieux alors, à des indications de nécessité bien reconnue.

« C'est dans cette pensée, c'est avec cette conviction que je recommande essentiellement de recourir d'abord à toutes les ressources de la thérapeutique, susceptibles, selon moi, de suppléer avec avantage, dans la plupart des cas, à l'opération du trépan.

« Je cite, pour preuves à l'appui, bon nombre d'observations empruntées à la chirurgie française, surtout à la chirurgie militaire, et plus particulièrement à la pratique de mon père, ainsi qu'à la mienne, témoignant en définitive combien j'ai le désir d'avoir contribué utilement à l'une des discussions les plus importantes de la Société de chirurgie.

« Les conclusions que je me crois en droit de formuler, d'après ce

long mémoire, ont pour base trois conditions fondamentales comme indications du trépan, à savoir :

« 1° La nécessité de l'opération ; 2° la persistance des accidents ; 3° l'insuffisance des autres ressources, dans les cas suivants :

« 1° Les fractures du crâne, soit par perforation plus ou moins profonde, soit avec enfoncement des fragments, lorsque la déchirure de la dure-mère ou la lésion du cerveau provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement soient possibles par d'autres moyens ;

« 2° Les fractures avec enclavement des corps étrangers ou des projectiles dans l'épaisseur ou dans la cavité du crâne, si l'extraction ne peut en être faite autrement ;

« 3° Les lésions localisées de la tête, ou les contusions du crâne, compliquées d'accidents immédiats et persistants de contusion ou de compression du cerveau, soit avec épanchement reconnaissable, soit avec hémiplégie prolongée, pourvu que l'emploi préalable de tout autre traitement actif devienne insuffisant.

« Les contre-indications du trépan seraient :

« 1° Les lésions profondes de la tête, sans localisation extérieure du traumatisme, et fatalement mortelles ;

« 2° Les fractures reconnues ou présumables de la base du crâne,

« 3° Les fractures compliquées de la voûte crânienne, avec mobilité des fragments ou perte de substance osseuse, formant une sorte de trépanation accidentelle ;

« 4° Les cas d'enfoncement des os ou de pénétration de corps étrangers, si le redressement ou l'extraction en est praticable par d'autres moyens mécaniques ;

« 5° Toute fracture limitée ou même étendue, qui ne serait compliquée d'aucun accident de compression ;

« 6° La commotion cérébrale, comme l'inflammation aiguë du cerveau et des méninges.

« La conclusion générale qui, en définitive, résume pour moi toutes les autres, c'est que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même, et doit être réservée à des cas bien définis ou bien déterminés, mais non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications et de hâter une terminaison funeste.

« C'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. Voilà ce que je crois vrai.

« Puissé-je l'avoir démontré en faveur des progrès de la chirurgie conservatrice, à laquelle j'ai voué tous les efforts de ma carrière. »

La Société décide que le travail de M. Larrey sera imprimé dans ses mémoires.

M. le Président prononce la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 8 MAI 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse,* 4 mai 1867;

La *Revue médicale de Toulouse,* avril 1867;

L'*Union médicale de la Provence ;*

Les *Archives générales de médecine,* mai 1867;

Les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 2e série, t. III, 1866;

Rapport sur un mémoire de M. le docteur Chassin, concernant le pinto du Mexique, par le baron Larrey.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Michaux (de Louvain) et Bernard Beeck (de Fribourg en Brisgau) assistent à la séance.

M. CLOQUET. J'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société de chirurgie un exemplaire du discours que j'ai composé, au nom de l'Institut, à l'occasion de la mort de M. le professeur Jobert (de Lamballe).

LECTURE.

M. LEROUX, chirurgien à l'hôpital de Versailles, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'emploi du bichromate de potasse dans le traitement de la syphilis secondaire.* Ce travail est renvoyé

à une commission composée de MM. Perrin, Verneuil et de Saint-Germain, rapporteur.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. CULLERIER a adressé la lettre suivante :

Voici ce que j'ai écrit dans mon ouvrage :

Le chancre induré une fois établi, que faut-il faire? La pratique généralement acceptée est de soumettre immédiatement le malade au traitement mercuriel. On s'appuie sur ce fait que je reconnais : le chancre est déjà la vérole ; il faut donc le plus tôt possible attaquer celle-ci, et à cette période, le moyen par excellence c'est le mercure.

Pour moi, la question n'est pas aussi simple, et, quoique je sache bien les résistances que je rencontrerai et chez les malades et chez les médecins eux-mêmes, je ne crains pas d'avancer une opinion diamétralement contraire. Je ne traite pas le chancre par le mercure, et voici sur quoi je me fonde : le mercure administré dès le début, avant l'apparition des accidents secondaires, en trouble l'évolution régulière, les retarde souvent, mais ne les prévient pas ; tôt ou tard ils paraîtront. Je sais bien qu'en restant inactif on a à se demander si les accidents à venir ne seront pas plus graves, et c'est cette crainte qui fait instituer le traitement mercuriel dès que l'induration est bien caractérisée. J'ai longtemps suivi cette manière de faire, et ce n'est que parce que j'ai vu maintes fois des phénomènes secondaires très-légers chez des individus indemnes de traitement mercuriel, tandis que j'ai observé ces mêmes accidents et très-intenses et très-persistants chez des malades mercurialisés pour leur induration, que j'ai renoncé à cette pratique. que je me contente de traiter l'induration localement, et que ce n'est que lorsque la maladie a suivi son cours naturel, à la première apparition des accidents dits secondaires sur la peau et sur les muqueuses, que j'administre le traitement interne, et j'ai remarqué qu'alors celui-ci est mieux supporté et que la maladie est modifiée, atténuée d'une manière bien plus rapide et bien plus durable ; car le mercure n'est pas un préservatif de la syphilis : il en attaque seulement les manifestations plus énergiquement que toute autre médication.

Je rappelle ce que j'ai déjà dit : qu'il y a des chancres indurés, quoique ce soit rare, qui ne sont pas suivis d'accidents généraux, de sorte qu'après un chancre induré traité par le mercure, si aucun symptôme ne se fait voir, on est naturellement porté à attribuer à la vertu du traitement ce qui n'est dû probablement qu'à l'effort de l'économie, qui a triomphé de l'empoisonnement diathésique.

Si l'état général du malade fournit quelque indication, il faut se hâter de la remplir, afin de préparer l'économie à la lutte qu'elle va avoir à supporter; les toniques, les anti-strumeux seront ici fréquemment prescrits et souvent avec avantage.

Mais si je conseille de s'abstenir du traitement général pour les chancres, je crois que, lorsque les manifestations de l'empoisonnement constitutionnel se font voir, c'est le moment d'y avoir recours : c'est dire que, dans les syphilides, le moment est venu de le mettre en usage, et, par là, je rentre dans la question posée par M. Dolbeau. Je suis partisan du mercure, bien que je reconnaisse que certains symptômes cutanés et muqueux peuvent disparaître sans l'intervention de ce médicament. Il suffit d'avoir observé dans la pratique nosocomiale, pour être pénétré de cette vérité : c'est ainsi que j'ai vu bon nombre de fois, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à celui du Midi, des individus dans l'adolescence ou dans l'âge adulte nous arrivant avec des plaques muqueuses, de la roséole, ou même avec une syphilide papuleuse non encore traitée, être pris dès leur entrée d'une maladie aiguë intercurrente, fièvre typhoïde, pleurésie, arthrite ou autres, pendant lesquelles il était impossible de songer au traitement spécifique, et chez ces individus, les accidents syphilitiques avoir entièrement disparu pour ne plus jamais se reproduire, sans que pourtant ils aient pris la moindre quantité de mercure; on connaît aussi l'éloignement invincible de certains malades de la pratique particulière pour les préparations hydrargyriques qu'ils ont en horreur, et pourtant beaucoup d'entre eux guérissent sans elles.

Mais comme tous les malades n'ont pas le même bonheur, comme le médecin ne sait jamais jusqu'où ira une syphilide, même légère à son début, la prudence doit l'emporter sur la théorie et sur les préventions, et si l'on a dans ses mains, si ce n'est l'antidote, au moins jusqu'à présent le meilleur médicament à lui opposer, ce serait être coupable que de ne pas y avoir recours.

C'est par des symptômes du côté de la peau et des muqueuses dans lesquelles on trouve les différents groupes de nos syphilides actuelles, que fut caractérisée la grande épidémie du quinzième siècle, et les auteurs qui nous en ont donné la description nous apprennent que la saignée, les purgatifs et les bains, et surtout les applications locales d'onguents de toutes sortes, constituèrent pendant quelque temps le seul traitement qu'on lui opposât.

Cependant le mercure, qui déjà antérieurement avait triomphé de quelques maladies cutanées très-rebelles, fut employé de nouveau, bien qu'assez timidement d'abord, et il eut des succès : c'était l'onguent Sarrazin en applications locales et en frictions. C'était le cy-

nabre en fumigations; plus tard, quelques préparations à base d'oxyde de mercure, telles que la poudre rouge de Vigo, la poudre angélique de Massa, furent administrées à l'intérieur.

Peu à peu les préceptes relatifs au traitement mercuriel se régularisèrent, et l'on peut dire que depuis, malgré bien des tendances d'oppositions périodiques, il est constamment resté dans la pratique. Aveugle quelquefois, inutile souvent, il a rendu trop de services pour qu'après des éclipses momentanées on ne se soit pas empressé d'y recourir de nouveau.

Ainsi les bois sudorifiques, tels que le gaïac et plus tard la squine et la salsepareille qu'on chercha à lui substituer, eurent pendant quelque temps de bons résultats; mais leur insuffisance avérée dans les cas graves fit qu'on revint aux préparations mercurielles. Ainsi, pendant le règne éphémère de la médecine physiologique, le mercure fut à peu près banni du traitement antisyphilitique, ce qui n'a rien d'étonnant à cette époque, où le virus syphilitique lui-même était ou révoqué en doute ou nié complétement. Les exagérations de la médecine physiologique ont passé, et le mercure est resté tout-puissant.

Ainsi, de nos jours encore, lorsque l'iodure de potassium est entré dans la thérapeutique antisyphilitiquo, on a pu croire un moment que c'en était fait du mercure, mais peu de temps a suffi aux vrais observateurs pour reconnaître que ces deux médicaments, héroïques dans le traitement de la syphilis, ne pouvaient pas s'adresser aux mêmes phases de la maladie, qu'ils ne se suppléaient pas l'un l'autre, et que d'un effet vraiment merveilleux dans certains cas, ils sont inutiles, quelquefois même dangereux dans d'autres; le tact médical que donne seule la pratique étant de les administrer à propos.

Dans mon service au Midi, j'ai suivi les errements que j'avais commencés à l'hôpital de Lourcine, dans l'emploi du mercure à l'intérieur. Dans la crainte très-fondée que les pilules ne soient pas avalées, j'ai donné le mercure sous forme de sublimé et c'est la liqueur do Van Swieten que j'employais, parce que, comme on peut faire parler le malade immédiatement après la lui avoir fait prendre, on est plus sûr qu'elle a été absorbée en totalité.

Les malades affectés de syphilis doivent toujours être placés dans de bonnes conditions hygiéniques; leur régime doit être sévère, mais cependant pas trop débilitant. Ainsi les viandes rôties, le vin généreux, seront permis avec avantage. Il faudrait joindre autant que possible l'habitation dans un lieu sain et privé d'humidité; l'exercice sera favorable pour entretenir toutes les fonctions et particulièrement celles de la peau, si souvent prises dans la syphilis. En un mot, la

méthode hygiénique recommandée par M. Diday, plus le mercure, seront mis en usage.

M. LE FORT. La Société de chirurgie doit commencer aujourd'hui la discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis. Autorisé moralement par les opinions émises par quelques chirurgiens français et étrangers et par quelques-uns de nos collègues, j'ai voulu voir par moi-même quelle était en réalité l'utilité de ce traitement. Dans ce but, j'ai cessé, depuis deux mois, d'administrer des mercuriaux aux malades de mon service à l'hôpital du Midi.

Aujourd'hui, ma conscience m'empêche de continuer plus longtemps une expectation qui m'a donné des résultats déplorables, et que je crois concluants. L'expérience qui ressort de ces faits ne doit pas être perdue ; nous avons tous ici le désir d'élucider scientifiquement une question scientifique, je demande à la Société de vouloir bien nommer une commission qui pourra visiter mon service, à laquelle je communiquerai toutes les observations de mes malades, et à la disposition de laquelle je me mets entièrement.

Après une courte discussion, la Société passe à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a déjà plusieurs semaines que la discussion sur la syphilis est pendante ; je prie donc M. Dolbeau de résumer brièvement les conclusions de son travail, afin de mieux préciser les termes sur lesquels le débat devra porter.

M. DOLBEAU. Vous savez, messieurs, combien l'étude de la syphilis a fait de progrès depuis une trentaine d'années ; il ne m'appartient pas de déterminer quelle part au juste revient à l'école du Midi, mais je me plais à déclarer que c'est grâce à l'impulsion des chefs de cette école que les grandes questions de la pathologie vénérienne ont été soumises à l'observation clinique avec des résultats qu'on peut déclarer satisfaisants. Certes, l'étude de la syphilis a fait d'incontestables progrès, il m'a semblé toutefois que la question du traitement n'avait point marché de pair avec la pathologie ; il m'a paru qu'on avait, en thérapeutique spéciale, accepté sans contrôle suffisant les anciennes doctrines, et que le traitement de la vérole était absolument empirique. C'est pourquoi j'ai saisi l'occasion qui s'offrait à moi, en vous rendant compte de l'intéressant travail de M. de Saint-Germain, d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur le traitement de la syphilis.

Pour que la discussion ne s'égare pas, il est nécessaire de préciser les points principaux sur lesquels doit porter le débat. Il est une première proposition sur laquelle je désire fixer l'attention de la Société. Je regrette de formuler ici une opinion personnelle, car l'idée ne m'appartient en aucune façon : Il ne faut pas soumettre les malades

au traitement lorsque ceux-ci ne présentent autre chose que l'accident primitif. En effet, on ne peut jamais affirmer que le chancre, quels qu'en soient les caractères, sera ou non suivi de manifestations ultérieures. Le traitement mercuriel, administré préventivement, n'empêche pas le développement des accidents constitutionnels, il n'est pas démontré qu'il atténue l'évolution de la diathèse. Je repousse donc, pour ma part, le traitement dit préventif de la syphilis.

Lorsque les manifestations secondaires de la vérole ne laissent plus de doute sur l'existence d'une syphilis constitutionnelle, est-il nécessaire d'administrer les mercuriaux ? C'est là, messieurs, la question vraiment capitale de ce débat. Si j'en crois quelques objections que m'ont faites plusieurs personnes, j'ai lieu de supposer que ma pensée n'a point été bien comprise ; on a dit, par exemple, que je prenais la parole pour démontrer l'inefficacité du mercure dans le traitement de la sypbilis secondaire. Telle n'est pas ma manière de voir. Je n'ai point eu la pensée de nier l'importance d'une médication que je considère comme très-énergique. Le traitement mercuriel est une ressource précieuse ; mon maître, M. Velpeau, a bien fait voir l'influence salutaire qu'exerce le mercure dans les phlegmasies des membres, dans certaines ophthalmies, etc. Loin de nier l'efficacité du traitement mercuriel, je la proclame hautement, je pense même que cette médication facilite la disparition des accidents secondaires de la syphilis. Ce que j'ai dit dans mon rapport je le répète ici : le mercure n'est point un antisyphilitique ; il n'empêche point le développement de la syphilis ; pendant qu'on administre ce médicament, longtemps après qu'on en a fait usage, de nouvelles manifestations démontrent que la diathèse persiste, que le mercure n'a point troublé l'évolution de la vérole, et que l'action du médicament se résume à faire disparaître les accidents secondaires. Je dirai donc, rappelant en cela une expression de M. Ricord : Le mercure ne guérit point la vérole, c'est parfois, mais pas toujours, un bon moyen de blanchir les malades.

Le mercure n'étant point un antisyphilitique et son emploi n'étant pas toujours sans inconvénient, j'aurais certaine tendance à ne point conseiller ce médicament dans le traitement de la syphilis secondaire. Cependant je n'ose point encore me déclarer partisan de l'expectation dans le traitement de la syphilis secondaire et, en effet, j'ai expérimenté le bichromate de potasse.

M. Lefort nous déclarait tout à l'heure qu'il ne lui est plus possible d'abandonner ses malades aux seuls efforts de la nature ; je me joins à nos collègues pour le prier de nous apporter ici ses observations, car, pour ma part, j'ai une graude tendance à traiter la syphilis secondaire en employant seulement les toniques et les topiques.

Ma seconde proposition est donc celle-ci : Le mercure n'est point un antisyphilitique.

Après une série de manifestations sur la peau et sur les membranes muqueuses, la vérole peut continuer son évolution, et l'on observe alors une série d'accidents rares qui portent le nom d'accidents tertiaires.

Le traitement mercuriel ne s'oppose pas à l'apparition de ces accidents tardifs, mais l'iodure de potassium est un moyen le plus souvent héroïque. On a supposé que l'action de l'iodure de potassium était subordonnée à l'usage du mercure pendant la période secondaire, aussi le traitement qu'on appelle mixte a-t-il dû son institution à l'idée que les deux médicaments se prêtaient un mutuel concours dans le traitement de la vérole.

Les faits que j'ai observés n'ont point confirmé cette doctrine ; je pense donc que l'iodure de potassium est un agent très-précieux, mais que son action n'emprunte rien à l'usage du mercure administré au début de l'infection syphilitique.

Voici, messieurs, le résumé de mes opinions : je ne crois plus guère à la nécessité de faire usage du mercure dans le traitement de la syphilis. Je veux cependant faire une réserve et, en cela, je fais appel à l'expérience de nos collègues qui s'occupent spécialement d'accouchements : quels sont les résultats du traitement mercuriel chez les femmes grosses? Quelle foi faut-il avoir dans ce même traitement lorsqu'il s'agit de jeunes enfants atteints de syphilis ?

M. MAURICE PERRIN. Il y a deux mois environ, M. Dolbeau, à propos d'un travail de M. de Saint-Germain sur l'érosion chancreuse, s'est élevé de l'objet spécial de son rapport, à des considérations générales fort graves, qui dominent le traitement de la syphilis. Appuyé sur son expérience personnelle, notre collègue conteste l'efficacité du mercure dans le traitement préventif de la syphilis et dans le traitement curatif des accidents secondaires. On peut le dire sans exagération, c'est frapper de déchéance l'une des croyances les plus accréditées de la pratique médicale, c'est toucher à la base des doctrines régnantes en matière de syphilis. Les nombreux et excellents travaux destinés à faire connaître les différentes espèces ou les différentes formes du chancre, à tracer les caractères des manifestations secondaires, perdraient de la sorte beaucoup de leur importance clinique et rentreraient dans le domaine de la philosophie médicale.

A quoi bon, en effet, savoir distinguer le chancre infectant de celui qui ne l'est pas, si l'un et l'autre ne réclament que le même traitement local? Évidemment on simplifie beaucoup de la sorte l'étude de la syphilis. C'est sans doute dans ce sens que l'un de nos

collègues attribuait aux opinions de M. Dolbeau l'inconvénient de prêter appui aux guérisseurs sans mercure, et de faire de la syphiliographie à l'usage des ignorants. J'avoue que cette considération me touche peu. Si l'étude des maladies vénériennes était ainsi simplifiée, sans inconvénient ou avec avantage pour le malade, qui pourrait s'en plaindre? Nous y gagnerions des loisirs qui ne resteraient pas sans emploi dans cette question si vaste, si obscure encore de la syphilis.

Les idées émises par M. Dolbeau sont loin d'être nouvelles, ainsi qu'il le rappelait lui-même. Elles étaient une conséquence naturelle des doctrines de l'école physiologique. Aussi, du temps de Broussais, traitait-on déjà la vérole sans mercure et par les antiphlogistiques. Desruelles, entre autres, n'eut guère d'autre pratique à l'hôpital du Val-de-Grâce; son livre sur les *Maladies vénériennes* l'indique suffisamment, et ses contemporains, que j'ai interrogés à cet égard, témoignent qu'il guérissait tout aussi bien ses malades, sans encourir les inconvénients ou les risques des salivations excessives fort en honneur en ce temps-là. Depuis lors, pour ne parler que de la France, les mêmes idées ont eu surtout pour chaleureux défenseur un observateur attentif et un homme de talent, M. Diday de Lyon.

Et pourtant, je dois le dire, ce n'est pas sans une véritable émotion que j'ai écouté la communication de M. Dolbeau. Dans nos discussions habituelles, la santé ou tout au plus la vie de l'individu sont en jeu. Ici, il s'agit d'un mal plus profond qui s'attaque à l'espèce elle-même, et qui, selon qu'il est bien ou mal traité, peut avoir des conséquences sociologiques incalculables.

Soumettre sans motif, et comme par routine, à l'usage d'un agent énergique comme le mercure, la populeuse tribu des vérolés, n'est-ce pas affaiblir systématiquement l'individu et peut-être introduire une cause réelle de dépérissement dans les masses? Et d'un autre côté renoncer au traitement mercuriel sans des raisons dix fois convaincantes, n'est-ce pas retourner aux plus mauvais jours des temps passés?

A la vérité, M. Dolbeau nous a rassuré un peu par cette présomption consolante que le virus syphilitique perd progressivement de son activité au fur et à mesure qu'il se dilue à travers les générations. Si je ne me trompe, ce fait ne serait pas sans analogues en physiologie pathologique. Je l'accepte donc de grand cœur, mais je ne m'y fie pas. Incontestablement, les suites de la syphilis sont aujourd'hui moins graves qu'elles ne l'étaient autrefois. Remarquez que je ne fais pas allusion ici à la proportion des syphilitiques qui a pu diminuer par suite de causes contingentes, telles que l'augmentation du bien-être général, l'élévation du niveau intellectuel et moral des masses, et surtout, je

crois, l'institution de mesures de police sanitaire plus efficaces. Je veux seulement parler de la gravité des suites éloignées de l'infection syphilitique. Mais cette différence provient-elle de ce que la semence a perdu de son activité, de ce que le terrain est moins propice, ou bien de ce que le traitement est meilleur. Je laisse à d'autres le soin d'en décider. Mais je dirai pourtant qu'en consultant l'histoire de la syphilis, on serait conduit à attribuer au traitement mieux dirigé les immunités dont nous jouissons. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la vérole est vieille comme l'humanité, et quelques érudits ont même l'irrévérence de soupçonner que le saint roi David eut tant soit peu à souffrir de ses atteintes. Malgré cette haute antiquité, elle franchit une longue série de siècles sans rien perdre de son activité, ainsi qu'en témoignent les relations de plusieurs épidémies qui sont parvenues jusqu'à nous, et en particulier de celle qui sévit en France en 1494. Ce n'est qu'à partir du seizième ou du dix-septième siècle, c'est-à-dire à l'époque où le traitement mercuriel prévalut définitivement, que le mal s'atténua progressivement pour devenir ce qu'il est aujourd'hui. Mais je laisse de côté cette induction rétrospective pour arriver au point spécial qui nous occupe.

Sans plus tarder je commence par déclarer que les faits qu'il m'a été donné d'observer m'ont conduit, j'allais dire malgré moi, à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de M. Dolbeau. Pour vous mettre mieux à même d'apprécier le bien ou mal fondé de mon jugement, il me semble utile d'entrer dans quelques détails sur les circonstances dans lesquelles il s'est formé.

En 1858, je fus chargé de la direction du service des vénériens à l'hôpital du Val-de-Grâce. Ce service contenait une centaine de lits, environ. J'arrivais là tout imbu, j'allais dire tout enthousiaste encore, des doctrines de l'hôpital du Midi. J'estime que beaucoup d'entre nous ont dû commencer par là ; c'est si simple, c'est si net et si séduisant pour l'esprit! Je ne tardai pas à rencontrer de nombreux mécomptes, tant au point de vue de la classification des chancres, de la transmission des accidents secondaires précoces, que de l'efficacité du traitement mercuriel. Ils se multiplièrent au point de ne laisser dans mon esprit que trouble et embarras. Sur ces entrefaites parurent les lettres de M. Diday sur la syphilis; dans ce recueil chaleureux, passionné peut-être, la valeur des préparations mercurielles dans le traitement préventif du chancre induré et dans le traitement curatif des accidents secondaires est vivement remise en question. C'était, comme vous le voyez, une partie de mes doutes qui avait pris un corps sous cette plume exercée. Le seul parti à prendre était de rechercher où se trouvait la vérité; c'est ce que je fis dans la limite de mes res-

sources. J'avais deux salles contiguës et de contenance à peu près égales. Je donnai du mercuro dans l'une, je le proscrivis dans l'autre. Cette sorte d'isolement relatif me mettait à l'abri d'une objection qui a été faite à propos d'une autre question, à savoir, que les vapeurs mercurielles répandues dans l'atmosphère, si l'on fait usage de frictions surtout, peuvent impressionner les malades traités par l'abstention.

Ces dispositions furent prises vers le mois d'octobre 1858. A partir de ce moment, je tins compte des faits de part et d'autre, et, dans l'espace de quatre années, je parvins à avoir des renseignements sur 470 syphilitiques traités dans mes salles.

Je n'ose qualifier du titre d'observation ces notes consignées au jour le jour sur les cahiers de visite. Ce serait un titre trop ambitieux. Aucune d'elles ne renferme l'histoire complète de la maladie. Il ne s'agit que de son passé et d'une durée limitée de son présent. C'est assez dire qu'elles sont insuffisantes pour ajouter un trait nouveau à l'histoire de cet être abstrait qui s'appelle diathèse syphilitique. Maiselles sont fondées à nous dire quelles sont les suites prochaines d'un chancre induré, selon qu'il est abandonné à lui-même ou traité par le mercure, et de même ce que deviennent les manifestations secondaires abandonnées à elles-mêmes, ou livrées à l'agent spécifique; en d'autres termes, à juger comparativement le traitement par l'abstention et le traitement mercuriel. Là est toute la question posée par M. Dolbeau. On a fait à notre collègue une objection qui ne me paraît pas fondée : Vos malades ne sont pas guéris, lui a-t-on dit, l'ennemi sommeille dans la place ; il révélera plus tard sa présence par des atteintes plus graves, plus invétérées ! Cela est parfois vrai. Mais quelle est donc la méthode de traitement qui serait fondée à promettre une guérison radicale? Pour bien préciser les termes du débat, je dis qu'on ne peut discuter avec connaissance de cause sur le traitement de la syphilis qu'en prenant ses manifestations pour guide exclusif. C'est de la vérole en acte et non do la vérole en puissance qu'il s'agit. Se prononcer, ou même émettre des appréciations sur l'état de la diathèse d'après certaines inductions, serait substituer à l'observation clinique des hypothèses empruntées au domaine de la fantaisie.

J'aborde maintenant les faits : 1° Traitement préventif. J'appelle de ce nom le traitement mercuriel institué dès que l'on a reconnu le caractère infectant du chancre, dans le but de prévenir ou d'atténuer les effets généraux de l'infection syphilitique. Ce traitement ne m'a donné qu'un résultat tout à fait négatif : que le malade ait été soumis au mercure ou abandonné à de simples soins hygiéniques, l'accident

primitif avec sa pléiade ganglionnaire symptomatique a suivi la même marche, et les premières manifestations constitutionnelles ne m'ont paru modifiées ni dans l'époque de leur apparition, ni dans leur forme, ni dans leur gravité. Ce fait important ne laisse aucun doute dans mon esprit. Le traitement préventif est sans objet. On a protesté et on protestera encore contre cette proposition. Mon Dieu, qu'un observateur attentif, au nom d'une expérience plus longue, plus judicieuse même, si l'on veut, vienne déclarer ici qu'il a vu tout le contraire, je suis tout prêt, je serai même tout heureux de recouvrer mes illusions perdues. Mais j'y mets une condition : c'est que cet observateur aura puisé sa conviction dans l'expérimentation contradictoire des deux méthodes de traitement mises en présence, car aujourd'hui j'en suis encore à me demander comment ceux qui ont eu et qui ont gardé la foi dans le traitement spécifique et qui par conséquent, fidèles à leur conviction, donnent du mercure pour tous les chancres infectants, peuvent se former une opinion aussi explicite sur la valeur de l'abstention. Jusqu'alors on s'est borné à faire des raisonnements à propos de la question. J'avoue qu'ils ne m'inspirent qu'une médiocre confiance, quand même ils affectent une forme métaphorique. L'un de nos honorables collègues croit au traitement préventif, et pour nous faire partager sa conviction, il nous a rappelé que c'était au moment de l'incendie qu'il fallait employer les pompiers. Oh! sans contredit; mais encore faut-il que l'incendie existe, et que les pompiers aient de l'eau dans leurs pompes. C'est précisément ce qu'il faudrait démontrer; car si, d'aventure, le mercure est inutile à ce moment, comme le croit M. Dolbeau, comme ma modeste expérience me l'enseigne, comme le pensent beaucoup d'observateurs, à quoi sert d'appeler les pompiers? Raisonner ainsi, n'est-ce pas admettre comme démontré ce qui précisément est en litige? Pour mon compte je ne saurais admettre, jusqu'à meilleure information, une influence quelconque du traitement préventif sur la marche de l'accident primitif et sur l'évolution ultérieure de la syphilis.

2° Traitement des accidents secondaires. J'entends parler ici des premières manifestations de la diathèse syphilitique, telles que la fièvre exanthématique, la roséole, les plaques muqueuses, l'angine, etc. Ces accidents ont de la tendance à disparaître spontanément. Je crois que ceci n'est contesté par personne. Mais quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils durent plus longtemps que lorsqu'ils sont traités par le mercure. Je pourrais traduire numériquement la différence que j'ai obtenue, mais le chiffre qui l'exprimerait ne serait que la différence entre deux moyennes. Or les moyennes appliquées à la thérapeutique m'ont toujours représenté une surcharge stérile; peut-être

pourrait-on faire une exception pour celles qui reposent sur un nombre très-considérable de faits. Je me borne donc à dire qu'en général, lorsque l'on donne du mercure à un malade atteint d'angine syphilitique, de plaques muqueuses, etc., etc., l'amélioration et la guérison sont plus rapides. Cet avantage peut être diversement apprécié d'une façon générale; mais s'il est relativement peu important de gagner du temps quand il s'agit d'un exanthème syphilitique, n'est-il pas évident que, dans tel cas particulier, une angine par exemple, et pardessus tout une irido-choroïdite, toute la valeur du traitement réside dans la rapidité de la rétrocession du mal ?

Le traitement mercuriel éloigne-t-il l'époque des manifestations ultérieures, en modifie-t-il la nature, en un mot exerce-t-il une action appréciable sur l'évolution de la syphilis? Ce n'est qu'avec une certaine réserve que je risque une réponse à cette question, parce que, dans un assez grand nombre de cas, je n'ai pas revu les malades, malgré mes recommandations expresses de revenir me voir, et je ne sais s'il faut en conclure qu'ils sont restés guéris pendant la durée de mon séjour au Val-de-Grâce, ou bien s'ils ont changé de lieu, ou bien encore s'ils ont eu recours à l'arrière-boutique du pharmacien. Cependant, autant que j'ai pu en juger, je crois que le mercure ne modifie pas la marche de la syphilis. J'ai dans mes notes un certain nombre de faits dans lesquels des accidents secondaires ont reparu un mois après une première manifestation, malgré le traitement strictement continué. Il me revient à l'esprit en ce moment l'exemple d'un jeune homme qui me fut adressé de Vienne, par M. Sigmund, et qui, dans l'espace de trois mois, eut trois poussées syphilitiques successives. Le traitement mercuriel consistant en onctions mercurielles quotidiennes avait été continué, et si je m'en rapporte aux légitimes impatiences du malade, il avait été religieusement observé. Mais je n'insiste pas davantage sur de tels exemples, parce que je suis convaincu que chacun de nous en a observé de semblables. Cependant il convient d'ajouter que ces récidives à courte échéance sont rares. Pour les expliquer, la réponse est toute prête : ce sont des cas réfractaires au mercure!... Réfractaires assurément!... seulement est-ce le sujet ou la vérole? Toute la difficulté est là, entre les naturistes et les doctrines classiques.

On a dit aussi que si le mercure ne neutralisait pas définitivement le virus syphilitique, du moins il troublait l'ordre, modifiait la nature et atténuait la gravité de ses manifestations. Grâce à lui, la syphilis, quand elle n'est pas jugulée d'emblée, s'épuiserait dans une série de manifestations de même ordre, de plus en plus éloignées, de moins en moins graves, sans que l'on ait à redouter les accidents secondaires

tardifs ou les accidents tertiaires qui en représentent les véritables dangers, et qui sont à peu près inévitables sans le mercure. D'un autre côté, les partisans de l'abstention, et en particulier M. Diday, soutiennent que la syphilis guérit d'elle-même avec ou sans traitement. Ce ne serait que dans quelques cas représentant l'exception qu'elle accomplirait le cycle fatal des accidents tertiaires, sans que le traitement mercuriel fût capable de l'en préserver. Je ne saurais me prononcer sur ces questions fort difficiles à juger, et décider qui a raison du génie du mal ou du traitement. Il faudrait plus de faits et une plus longue expérience que la mienne, mais cependant je ne puis m'empêcher de dire qu'entre les menaces sans justification de l'école classique et les paroles consolantes de l'école nouvelle, je ne puis qu'être entraîné vers cette dernière. Vous allez en juger : chez mes 470 syphilitiques, je n'ai rencontré que sept exemples d'accidents secondaires tardifs ou tertiaires. En voici l'énumération : syphilides pustulo-crustacées, 3 ; testicule syphilitique, 1 ; tumeurs gommeuses, 1 ; nécrose syphilitique du vomer et de la voûte palatine, 2. Sept sur 470. Ce chiffre montre combien sont rares dans l'armée les accidents éloignés de la vérole ; et pourtant la moitié de ceux que j'ai observés n'avaient pas pris de mercure. J'ajouterai même que le hasard a voulu que ces sept exemples d'accidents tertiaires aient suivi un ou plusieurs traitements mercuriels ; mais comme, à l'exception d'un, c'était à une époque antérieure à mon observation, je ne réponds de rien, car je ne puis dire si le traitement a été suivi ou seulement prescrit.

Ici une question subsidiaire m'a longtemps préoccupé. Faut-il limiter la durée du traitement mercuriel dirigé contre des manifestations secondaires à la durée même de ces manifestations, ou faut-il le continuer, dans l'espoir de modifier avantageusement l'état diathésique, pendant un temps fixé par l'école à trois mois, je n'ai jamais su pourquoi, ou limité par l'administration d'une quantité invariable de mercure, comme on le faisait autrefois sans plus de raison ? Cette pratique représente encore un véritable traitement préventif ; celui-ci est consécutif, l'autre est primitif. Les faits que j'ai rappelés plus haut, et j'ajouterai les faits de bien d'autres, témoignent que l'un ne vaut pas mieux que l'autre.

Je résume ce qui précède en disant que le mercure a l'avantage incontestable de faire disparaître plus vite les accidents secondaires, ce qui est quelquefois très-précieux ; que son administration doit être limitée par la durée de l'accident contre lequel il est dirigé.

Si j'osais risquer en passant une courte observation générale, je dirais que les mercuriaux sont impuissants à modifier cet état de

l'organisme inconnu dans sa nature, qui représente la diathèse syphilitique, mais qu'ils peuvent modifier avantageusement les manifestations par lesquelles il se révèle, parce que celles-ci ne représentent en définitive que l'un des modes du processus inflammatoire contre lequel les préparations mercurielles ont été recommandées de tout temps et jugées utiles.

Je crois devoir ajouter que, chemin faisant, j'ai étudié comparativement les diverses préparations mercurielles. Celle qui m'a le mieux réussi, au point de vue de ses effets et de sa tolérance, c'est la pommade mercurielle double, appliquée alternativement à la face interne des cuisses et des bras. L'action générale incontestable de cette préparation, la moins assimilable de toutes en apparence, est encore un sujet d'étonnement pour les physiologistes. Vous savez qu'on a voulu l'expliquer par cette supposition que les frictions nécessaires à son application enlèvent l'épiderme et mettent le derme à nu avec d'autant plus de facilité que, pour faire de la bonne pommade mercurielle, pour que le mercure s'éteigne bien dans le corps gras, il faut que celui-ci soit rance et par conséquent irritant. J'ai pris toutes les précautions pour voir ce qu'il y avait de fondé dans cette assertion. Je faisais fréquemment appliquer devant moi la pommade en onctions douces ; je faisais laver la plaie le lendemain avec de l'eau de savon tiède, et jamais je n'ai constaté la moindre altération de la peau, appréciable à l'œil nu, il est vrai. Dans d'autres cas, j'ai pris le soin de mettre la pommade mercurielle à l'abri du contact de l'air, à l'aide d'un large verre de montre.... Même résultat ! Je mentionne ce détail en passant, parce qu'il est relatif à un point qui me paraît demander encore de nouvelles recherches dans la question si obscure, si controversée de l'absorption cutanée.

Si j'ai bien vu et si les déductions puisées dans mon observation personnelle sont fondées, l'importance du traitement mercuriel appliqué à la syphilis serait singulièrement amoindrie. Et il vient naturellement à la pensée la question de savoir si ses avantages d'ordre secondaire compensent ses inconvénients.

Le mercure est incontestablement un modificateur énergique de l'organisme : ses effets toxiques ont été bien étudiés ; ils sont bien connus. Mais, tel qu'il est employé aujourd'hui dans le traitement de la syphilis, il est en vérité bien inoffensif. La santé générale des malades que j'ai soumis aux onctions mercurielles ne m'a paru différer en rien de celle des syphilitiques traités par l'abstention et l'hygiène. Cependant je n'irai pas jusqu'à dire qu'il est toujours exempt d'inconvénients. Je fais allusion en ce moment à la stomatite mercurielle. Sans doute on peut sûrement aujourd'hui préserver les malades de

ces salivations excessives que l'on recherchait autrefois; mais il serait trop absolu de dire que, dans tous les cas, on évite assez complétement les accidents du côté de la bouche pour ne pas nuire à la mastication et à la nutrition. J'ai dans mes notes une dizaine d'exemples qui témoignent que, malgré l'emploi du chlorate de potasse en potion et en gargarisme, la stomatite mercurielle fut assez intense pour imposer des temps d'arrêt ou une suspension définitive du traitement. Quoi qu'il en soit, ce sont là des faits bien exceptionnels, et peu inquiétants.

Autant que j'ai pu en juger, le mercure me paraît sans inconvénient sérieux et, à plus forte raison, sans danger dans le traitement de la syphilis.

Pas d'inconvénients d'un côté, avantages secondaires de l'autre. Telle est la double considération qui me conduit à continuer l'usage du mercure dans le traitement curatif des accidents secondaires.

Comme conclusion, voici donc quelle serait ma pratique jusqu'à meilleure information :

1° Traiter l'accident primitif localement et attendre;

2° Traiter les accidents secondaires par la pommade mercurielle à la dose quotidienne de 4 grammes, en y ajoutant comme correctif le chlorate de potasse en potion et en gargarisme;

3° Limiter le traitement à la durée même des accidents pour lesquels il a été institué;

4° Recourir au même moyen, employé de la même façon, à l'époque de chaque récidive.

Je laisse volontairement de côté le traitement des accidents secondaires tardifs et tertiaires, parce qu'ils ne me paraissent être mis en cause que d'une façon indirecte dans cette discussion. Je n'aurais d'ailleurs, en ce qui les concerne, rien à ajouter à ce qui est connu et accepté généralement.

M. VERNEUIL. La communication de M. Dolbeau date déjà de quelques semaines, aussi l'auteur a-t-il cru nécessaire de la résumer aujourd'hui en quelques propositions sur lesquelles il désire faire porter le débat. Quoique le fond des idées reste le même, je crois remarquer des différences appréciables entre l'énoncé primitif et celui d'aujourd'hui. Ne prévoyant pas cette seconde allocution, j'avais rédigé d'avance la note que je vais avoir l'honneur de lire; mes remarques et ma critique s'adressent donc au texte initial. C'est là qu'on retrouvera les passages que j'emprunte et que j'utilise pour les contredire.

Cet avertissement donné, j entre en matière.

Le rapport de M. Dolbeau se compose de deux parties : dans la

première, consacrée à l'anatomie pathologique, notre collègue rappelle les formes primitives de l'ulcère infectant; dans la seconde, il aborde le problème difficile de la thérapeutique de la vérole.

Il est aujourd'hui définitivement acquis à la science que l'accident primitif de la syphilis se présente au moins sous trois formes principales :

L'érosion chancreuse à base indurée;
L'érosion chancreuse à base molle;
Le chancre huntérien.

La première et la troisième variété sont les plus communes, et de beaucoup, mais la seconde n'est pas extrêmement rare; d'un diagnostic embarrassant, elle renverse, non pas la doctrine de la dualité chancreuse qui reste et restera vraie, mais la division dichotomique des chancres en *mous* et *indurés*, division trop exclusive, trop absolue, commode sans doute au lit du malade, mais capable d'engendrer des erreurs graves dans la théorie et dans la pratique.

M. de Saint-Germain et son rapporteur ont vu cette variété, et insistent sur ses caractères; ils l'ont rencontrée dans les deux sexes, aux petites lèvres, à la fourchette, au pénis, au pli péno-scrotal. Jusqu'ici point de contradiction, car tout le monde a observé des ulcérations à base molle suivies d'accidents secondaires, et plusieurs auteurs, M. Diday entre autres, ont déjà décrit soigneusement les aspects si variés de l'accident qui marque le début de la syphilis.

Il est un point toutefois sur lequel je demanderai quelques éclaircissements : M. Dolbeau nous dit avoir rencontré ces ulcérations infectantes molles sur les côtés du nez, au pavillon de l'oreille, à la lèvre inférieure. Or, ces faits méritaient mieux qu'une mention sommaire, car ils seraient de nature à infirmer cette règle, que *l'accident infectant céphalique est toujours induré.*

J'invite donc notre collègue à nous donner plus de détails : à nous dire par exemple si ces chancres céphaliques exceptionnels étaient accompagnés de l'induration spécifique des ganglions, s'ils furent et quand ils furent suivis d'accidents secondaires, etc. Pour ma part, je n'ai rien observé de semblable et je me demande s'il n'y a pas eu quelque méprise, consistant par exemple à prendre pour l'accident primitif un accident secondaire précoce; erreur que j'ai vu commettre, entre autres cas, à la lèvre inférieure et à la vulve.

Mais passons sur ce point et abordons la deuxième partie du rapport, relative au traitement de la syphilis.

M. Dolbeau s'y montre tantôt indécis, car il nous pose des questions, tantôt singulièrement affirmatif, car il tranche résolûment des difficultés pendantes depuis des siècles.

Il importe avant tout de bien poser les questions.

Supposons tranchées les difficultés du diagnostic, l'accident primitif est reconnu infectant, l'apparition des manifestations secondaires est imminente et assurée. En un mot, le malade est dûment atteint et convaincu d'avoir la vérole.

Que faut-il faire présentement et dans la suite?

Faut-il : 1° Commencer le traitement *hic et nunc;*

2° Le différer jusqu'à l'éruption des accidents secondaires;

3° Laisser passer ces accidents et attendre les manifestations tertiaires ;

4° Ne rien faire du tout ni jamais, et confier à la nature seule l'élimination du poison ;

En d'autres termes, faut-il adopter l'action immédiate, l'expectation modérée, l'expectation à outrance ou l'inaction absolue, véritable abdication de l'art?

Puis, question collatérale, si l'on opte pour l'action, quel agent choisir? Prescrira-t-on le mercure, donnera-t-on l'iodure de potassium ou le bichromate de potasse ou tout autre produit pharmaceutique plus ou moins empiriquement recommandé?

Le débat s'engage d'abord entre les partisans de l'action immédiate qui veulent, aussitôt le diagnostic posé, commencer le traitement spécifique, et les partisans de l'expectation initiale, qui diffèrent ce traitement en se fondant sur les motifs suivants :

Il y a, disent-ils, des véroles faibles, des véroles moyennes et des véroles fortes. Les faibles guérissent seules; quelques manifestations secondaires apparaissent, fugaces et bénignes, elles passent spontanément pour ne plus revenir, et tout finit ainsi. A coup sûr, le traitement spécifique semble ici tout à fait superflu.

Mais il y a aussi des véroles fortes : pour celles-là l'expectation pourrait paraître intempestive ; cependant, on la préconise encore par les raisons suivantes :

En présence d'un accident primitif, on ignore absolument si la vérole sera faible, moyenne, ou forte; l'aspect extérieur du chancre, en effet, n'indique pas l'évolution ultérieure de la maladie; une ulcération, fort bénigne en apparence, peut être l'origine d'une vérole très-intense, très-tenace, très-rebelle à la thérapeutique et réciproquement; l'incertitude est si grande qu'un même accident initial, l'erosion chancreuse, est considérée par les uns comme l'indice d'une syphilis faible, par les autres, comme l'annonce d'une syphilis assez intense.

Il y a incontestablement intérêt à connaître le pronostic; mais comme on ne peut le poser d'avance, le mieux est de ne point contrarier l'évolution naturelle du mal et de se contenter d'en observer

la marche; donc, il faut attendre. Si la vérole reste faible, on n'aura rien à faire; si elle devient grave, on interviendra.

Voilà ce que j'appelle l'expectation modérée, telle que la pratiquent plusieurs syphilographes éminents, MM. Cullerier, Bazin, Diday et d'autres; je reconnais qu'elle est soutenable et ne heurte pas le bon sens.

Chacune des deux opinions compte des défenseurs convaincus et distingués; à qui donc donner raison?

Les uns agissent toujours comme s'ils avaient affaire à un cas grave; ils instituent le traitement dès que la maladie est reconnue, dans l'espoir de la guérir vite si elle est faible et d'atténuer ses dégâts si elle est forte. On dira qu'ils combattent un ennemi caché, peut-être même un ennemi absent, c'est possible, mais au moins ils combattent, et c'est quelque chose.

Les autres se comportent autrement : plus curieux qu'actifs, plus naturalistes que médecins, ils tiennent absolument à savoir quel degré d'intensité possède le poison, quels ravages il est capable de faire, quels efforts curatifs pourra lui opposer la nature livrée à ses propres forces. Ils attendent donc avec patience, observent et méditent pendant que le virus s'installe dans l'économie et détériore à son aise nos tissus.

Si les dégâts sont minimes et passagers, ils s'applaudissent et célèbrent les bienfaits de l'expectation. Si les désordres sont plus étendus et plus profonds, ils s'applaudissent encore, car ils savent au moins à quelle forme ils ont affaire, quelles difficultés ils auront à vaincre et combien la nature est impuissante.

Je ne ferais pas à M. Dolbeau reproche d'avoir adopté ces errements, s'il ne les avait singulièrement exagérés; en effet, les auteurs que j'ai cités plus haut n'attendent pas indéfiniment; si la vérole est forte, ils s'empressent d'agir, et tâchent de rattraper le temps perdu; ainsi fait entre autres M. Diday, l'un des soutiens convaincus de l'expectation raisonnable.

M. Dolbeau, au contraire, ne paraît pas s'émouvoir encore, et ne croit pas venu le moment d'instituer le traitement général; sans doute il observe toujours. Non-seulement il garde le silence sur les moyens internes propres à combattre les véroles moyennes et fortes, mais il les rejette implicitement, comme l'attestent les paroles suivantes: « *Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifesta-* « *tions primitives et secondaires ?* » Notre collègue est donc partisan de l'expectation outrée.

Dans quelques cas, à la vérité, il a essayé le bichromate de potasse. Quels motifs l'y ont engagé? Je l'ignore; peut-être est-ce dans le but

de satisfaire la juste impatience des malades, plus soucieux d'être traités et soulagés, que d'apprendre à leurs dépens quelle forme de vérole le hasard leur a distribuée.

Pour ma part, je ne saurais comprendre, approuver, ni adopter cette abdication. Eh quoi ! vous aurez sous les yeux un chancre sans tendance à la réparation après plusieurs semaines, une périostite précoce, une paralysie du facial hâtive, comme j'en ai observé deux cas, des plaques muqueuses confluentes et stationnaires, une angine chronique à exacerbations fréquentes, une fissure anale incommode, un iritis, un onyxis, des douleurs arthralgiques intenses, une céphalée persistante, une alopécie caractéristique dont tout le monde soupçonne la source, des syphilides profondes écrivant sur le visage le diagnostic de la vérole, et vous ne ferez rien encore, et vous vous contenterez de prescrire les simples topiques, et vous prierez le patient de supporter tout cela pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce que cette exhibition s'évanouisse ou fasse place à ces heureux symptômes tertiaires, dignes enfin d'être traités par l'iodure de potassium !

Et pourquoi cette insouciance ? Ce n'est plus dans l'intérêt du diagnostic, la vérole forte étant évidente. Ce n'est pas davantage par simple curiosité. Vous ne pouvez être guidé que par la conviction profonde de votre impuissance thérapeutique ou par une répugnance exagérée à l'endroit d'un traitement qui pourtant a fait ses preuves, et que nous examinerons dans un instant.

Pour moi, qui ne sais jamais d'avance si une vérole sera faible, moyenne ou forte, passagère ou tenace, je commence le traitement général le plus tôt possible, et je m'efforce de prévenir la syphilis tertiaire qui vous laisse dans une si grande quiétude. Je ne suis pas sûr d'atteindre ce dernier but, car les accidents tertiaires sont heureusement assez rares, et l'on ne peut savoir s'ils se montreront ou feront défaut; mais, sans en avoir la preuve péremptoire, je crois à l'efficacité préventive du traitement mercuriel dans ce cas.

M. Dolbeau n'est pas du même avis, car, nous dit-il, « *les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et arrivent comme les autres à la période des gommes et des exostoses.* »

Entendons-nous bien : que certains malades traités antérieurement par le mercure puissent présenter plus tard des gommes et des exostoses, c'est chose incontestable, mais qu'ils en soient atteints *comme les autres,* c'est-à-dire aussi souvent que les autres, c'est ce que je ne crois pas.

Depuis plusieurs années, j'ai interrogé très-minutieusement les

sujets atteints de syphilis tertiaire, et dans la grande majorité des cas j'ai constaté que la maladie à son début avait été dissimulée ou méconnue, qu'elle n'avait point été traitée par le mercure ou que le traitement hydrargyrique avait été insuffisant, interrompu, trop court, mal fait pour tout dire.

La pratique de la ville, que M. Dolbeau a tort de mettre en suspicion, car les praticiens instruits et consciencieux observent aussi bien sur ce terrain qu'à l'hôpital ; la pratique de la ville, dis-je, fournit sur ce point des renseignements fort instructifs et non point seulement « des histoires plus ou moins problématiques ; » elle démontre que chez les malades attentifs et soumis, ayant suivi un traitement secondaire suffisamment prolongé et bien conduit, les accidents tertiaires sont extrêmement rares.

Si je ne puis fournir ici les éléments d'une statistique d'ailleurs presque impossible à dresser, je n'en conserve pas moins cette conviction profonde que *le traitement mercuriel complet est le meilleur préventif de la syphilis tertiaire.*

Quel but se propose M. Dolbeau en laissant le champ libre à la syphilis secondaire ? Voici ce que j'ai cru comprendre : la vérole est due à un poison que l'économie tend toujours à éliminer ; l'élimination a lieu tantôt de bonne heure et tantôt tardivement; si elle ne se fait pas pendant la période secondaire, les accidents tertiaires surviennent. Or, autant on était impuissant contre les premiers, autant on est armé contre les derniers, car on possède contre eux un agent merveilleux, héroïque, l'iodure de potassium. Il ne faut donc point s'épuiser en tentatives vaines ni disséminer ses efforts ; si l'ennemi ne décampe pas de lui-même, on attend qu'il soit concentré, alors on l'attaque et on l'anéantit.

Cette occasion favorable on pourra l'attendre, il est vrai, 3, 6, 10 années même, mais en tout il faut considérer la fin, et tout vient à point à qui sait attendre ; et voilà pourquoi il faut se contenter de traiter par les seuls topiques les manifestations primitives et secondaires. Comparaison n'est pas raison, mais que diriez-vous d'un chirurgien qui laisserait marcher un panaris sous prétexte qu'on en a vu guérir spontanément et qu'on est toujours à temps d'y remédier par l'amputation du bras ?

La singulière doctrine que je combats conduit, en fin de compte, sinon à désirer, au moins à ne point redouter l'apparition des accidents tertiaires, puisque d'après elle on serait alors sûr de la guérison. Or, je crois qu'il y a là une erreur capitale contre laquelle on ne saurait trop protester. Je crois que les accidents tertiaires sont souvent très-graves, qu'ils annoncent une intoxication profonde et invétérée ;

que l'iodure de potassium les modifie très-souvent, il est vrai, mais non toujours ; qu'il est parfois tout à fait impuissant et inapte à prévenir les récidives ; qu'alors même qu'il agit, il ne fait pas toujours disparaître les ravages de la vérole.

Permettez-moi d'entrer ici dans quelques développements. Certains accidents tertiaires, j'en conviens, sont bénins et cèdent vite à l'action de l'iodure de potassium ; telles sont les gommes sous-cutanées et les exostoses superficielles ; mais en peut-on dire autant de la syphilis viscérale hépatique et pulmonaire, des périostoses, ostéites, exostoses, nécroses de la base du crâne ou du canal rachidien, des perforations de la voûte palatine et des os du nez, des tumeurs blanches, des lésions de la trachée, du voile du palais, du rectum, de l'œil, de l'oreille, du testicule vénérien lui-même.

Contre ces lésions de la syphilis tertiaire on donne l'iodure de potassium, et on arrête les progrès du mal, je l'accorde. Mais que guérit-on ? L'ulcération, le néoplasme spécifique, la gomme, et voilà tout. Si on intervient alors que le processus est déjà ancien ou qu'il marche très-rapidement, ce qui n'est pas rare, fait-on disparaître les ravages qu'il a causés ? Certes non. On voit persister les rétrécissements, les perforations, les atrophies, les paralysies, les amauroses, les surdités, les ankyloses, les cicatrices vicieuses, toutes lésions désormais accomplies, définitives, incurables ou nécessitant des opérations anaplastiques à succès incertain, et l'on vient dire « *que* « *l'expectation ne porte aucun préjudice aux malades !* » -

M. Dolbeau a dans l'efficacité de l'iodure de potassium une confiance infinie, comme l'attestent les passages suivants de son rapport.

« *Je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons* « *si facilement avec l'iodure de potassium.* » Plus loin : « *Beau-* « *coup de sujets se montrent avec des accidents tertiaires, et* « *l'iodure de potassium les guérit toujours, et parfois même avec* « *une rapidité merveilleuse.* » Plus loin encore : « *On gagnerait* « *ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de* « *potassium.* »

Or, je ne puis accepter ces assertions si absolues et je fais mes réserves. L'iodure de potassium dans un certain nombre de cas ne réussit point du tout ; tous les auteurs s'accordent à le dire, et citent des faits qui ont nécessité l'administration préalable de ce mercure tant décrié. Après un retour temporaire aux préparations hydrargyriques, mais seulement alors, l'iodure reprend son empire.

Quelquefois l'iodure de potassium ne peut être toléré, soit à cause des doses considérables qu'il en faut donner, soit à cause du mauvais état des voies digestives, ou d'un état cachectique, soit enfin en rai-

son d'idiosyncrasie. Tous, vous avez vu des malades mis dans un état lamentable par quelques grammes de ce médicament; les essais les plus habilement conduits ne parviennent pas à établir la tolérance, il faut y renoncer absolument. On a parlé des inconvénients du mercure que certains sujets ne peuvent supporter; il faut reconnaître les mêmes inconvénients à l'iodure de potassium. J'en ai sous les yeux, en ce moment même, un exemple très-frappant; j'ai cru remarquer que les herpétiques étaient surtout très-incommodés par ce spécifique.

Cependant, il ne faut rien exagérer; aussi je concède volontiers que cet excellent médicament est d'ordinaire très-bien toléré; cela veut-il dire qu'il donne toujours des guérisons durables et radicales? Il n'en est rien par malheur. J'ai déjà quelques années de pratique dans les hôpitaux, et voici ce qu'elles m'ont appris : un malade se présente avec des gommes sous-cutanées ou des exostoses superficielles; il est vierge de tout traitement, on administre l'iodure de potassium, qui fait merveille; tout disparaît en quelques semaines et le patient quitte l'hôpital; il y revient plus tard avec des accidents semblables, le traitement agit déjà moins vite; plus tard encore il revient avec des gommes profondes de la langue, du voile du palais, du rectum, etc., avec des manifestations du côté de l'axe encéphalo-rachidien ou des viscères; on peut encore réussir, mais parfois avec beaucoup de peine. Si le sujet est maigre, pâle, dyspeptique, anémique, on échoue très-souvent. Au bout de quelques mois la mort arrive dans le marasme.

Il n'y a pas d'année où je ne voie mourir ainsi des syphilitiques ayant pris à diverses époques des quantités énormes d'iodure de potassium administrées par les plus habiles de nos collègues; je ne crois pas nécessaire de rapporter des observations de ce genre, chacun de vous a pu et dû rencontrer des exemples de cachexie syphilitique que l'iodure de potassium n'a su ni prévenir ni guérir.

Quelque chose m'étonne, c'est que M. Dolbeau n'ait pas été plus radical et n'ait pas poussé la logique jusqu'à ses dernières limites. Je m'explique. Les gommes cutanées et sous-cutanées sont susceptibles de guérir ou du moins de disparaître spontanément sous l'influence des seuls topiques. La nature est donc assez puissante; dès lors pourquoi faire son ouvrage, et l'aider quand elle peut se passer de secours? On arriverait ainsi à l'inaction complète, triomphe du naturisme.

Il y a deux ans, un malade se présenta à l'hôpital du Midi : les avant-bras et les jambes étaient criblés de gommes cutanées, les unes ulcérées, les autres à l'état de nodosités dermiques; pour es-

sayer l'action des topiques, de l'hygiène et du repos, abstraction faite du traitement interne, je fis sur chacune des régions affectées une application différente. Ici, les bandelettes de Vigo, là les bandelettes de diachylon simple, sur un avant-bras les cataplasmes émollients, sur l'autre, les badigeonnages à la teinture d'iode; conjointement, les bains, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire réparateur. Au bout d'un mois les nodosités avaient disparu et les ulcérations étaient cicatrisées; la guérison avait marché du même pas à peu près sur les quatre points. Ce n'était pas la première fois que je constatais l'action très-favorable des cataplasmes, du repos et de la position élevée sur les gommes des membres inférieurs, mais nulle expérience ne fut plus concluante, puisque je n'avais pas administré la moindre parcelle iodurée.

Si j'étais partisan de l'expectation quand même, ne pourrais-je pas dire à mon tour qu'il suffit de traiter les accidents tertiaires par les cataplasmes?

Mes conclusions ne sont pas telles. Je ne méconnais pas la possibilité de la disparition spontanée de la syphilis et de ses manifestations secondaires et même tertiaires; j'accepte que les agents de la thérapeutique commune favorisent en certains cas cette élimination naturelle du virus, et néanmoins je persiste à traiter la maladie aussitôt que possible, à la suivre pas à pas dans son évolution et à lui opposer avec persévérance les médicaments réputés spécifiques; conjointement, bien entendu, avec les applications locales et le régime approprié.

En agissant de la sorte je me conforme simplement aux règles générales de la thérapeutique, qui commandent d'attaquer le mal aussi près que possible de son début; aussi, renversant la proposition de M. Dolbeau, je dis : *L'expectation ne me paraît avoir aucun avantage pour les malades.*

La syphilis résume le double caractère des empoisonnements et des maladies constitutionnelles. Or quels sont les principes adoptés dans le traitement de ces deux grandes classes morbides? Attend-on dans les empoisonnements saturnin, phosphoré, paludéen? Dans la scrofule néglige-t-on les gourmes, l'impétigo, le coryza chronique, les adénopathies superficielles, jusqu'au moment où surviennent les ostéites, les arthrites, les scrofulides graves, les lésions viscérales? Pour le rhumatisme, n'agit-on qu'en cas de lésion des orifices cardiaques, d'altérations graves des articulations, des reins, etc.? La syphilis est-elle donc une maladie si innocente qu'on puisse impunément la laisser marcher, est-elle une maladie si spéciale si dénuée d'analogie avec toutes les autres diathèses, qu'on viole pour elle et sans dom-

mage l'un des axiomes les mieux établis de la thérapeutique : *Principiis obsta?*

Pour justifier cette bizarre exception, ce dédain des traditions médicales, on allègue que la syphilis a diminué de gravité depuis son apparition jusqu'à nos jours, qu'elle peut guérir spontanément, que les moyens employés n'empêchent pas les récidives, que le traitement mercuriel a de graves inconvénients.

Sans contredit la vérole est moins grave aujourd'hui qu'au seizième siècle. A coup sûr elle peut guérir d'elle-même et radicalement, néanmoins elle est encore l'effroi des malades, qui n'ont pas tout à fait tort de la redouter, et sa guérison n'est pas tant à mépriser. Si donc on trouvait un spécifique sûr et innocent, personne n'en refuserait les bienfaits, et peu de médecins adopteraient l'expectation.

En supposant que nous n'ayons encore rien de meilleur que le mercure, cet agent est-il aussi impuissant et aussi dangereux qu'on veut bien le dire ?

Examinons donc sommairement le procès qui lui est intenté.

M. Dolbeau, qui reproduit des arguments déjà cent fois articulés, lui reproche de ne point empêcher le développement des accidents consécutifs, mais seulement de les modifier et de les retarder, de troubler, de pervertir l'évolution naturelle de la diathèse, de ne point prévenir les syphilides graves, précoces, d'être même nuisible dans les syphilides graves, et tout cela sans compter les méfaits inhérents à la médication hydrargyrique elle-même : chloro-anémie, défibrination du sang, stomatite, etc.

Notre collègue a vu à Lourcine des malades traitées par ses prédécesseurs et qui présentaient des récidives; mais si nous lui montrions des malades guéris, il nous dirait peut-être que, sans le mercure, la guérison spontanée eût été obtenue également.

Mais que valent ces reproches dont les antimercurialistes nous poursuivent depuis si longtemps ?

Le mercure, il est vrai, n'empêche pas absolument le développement des accidents secondaires ; ceux-ci se montrent à peu près toujours. Sont-ils moins graves? Je le crois. On dit le contraire, mais de part et d'autre la démonstration est presque impossible à donner.

On nous accorde que le mercure retarde et modifie les accidents susdits. Le retard ne me paraît pas suffisamment démontré ; j'ai vu la roséole, la céphalée, l'arthralgie, etc., paraître dans le courant du troisième mois chez les malades soumis au traitement immédiat. La prétendue apparition tardive de ces accidents passagers et superficiels pourrait bien souvent n'être qu'une de ces récidives si communes dans la première année.

Si le mercure modifie la syphilis, c'est déjà quelque chose. Dans beaucoup de maladies nous sommes fort heureux de modifier les processus pathologiques, car il est bien rare que nous ayons le pouvoir de les supprimer instantanément.

L'action modificatrice admise, reste à savoir si elle est favorable ou non. Le mercure rend-il la syphilis plus grave. l'empêche-t-il de guérir spontanément, si elle y est disposée ? fait-il naître des accidents qui, sans lui, auraient fait défaut ? Voilà ce qu'à notre tour nous sommes en droit de demander.

On parle de la chloro-anémie, de la défibrination du sang ; mais la syphilis elle-même ne produit-elle pas d'ordinaire ces états pathologiques, et faut-il répéter pour la centième fois que des malades pâles et défaits reprennent des couleurs et des forces par le seul fait de l'ingestion du mercure qui modifie si vite et si bien la syphilis secondaire? C'est là ce qu'on observe tous les jours à Lourcine.

On invoque éternellement la salivation, mais, en vérité, c'est un fantôme. M. Guérin nous disait qu'elle était fort rare ; je suis entièrement de son avis, et je ne me rappelle pas l'avoir vue naître et acquérir une gravité quelconque depuis que j'exerce, et dans les quatre années que j'ai passées dans les hôpitaux de Lourcine et du Midi. Accuser le mercure de produire la chute des dents et des cheveux, c'est faire un anachronisme ou emprunter les fins de non-recevoir du vulgaire.

Je ne conteste point que le mercure mal administré puisse produire des accidents; mais quel médicament actif est à l'abri de ce reproche ? Le sulfate de quinine, l'opium, l'iode, le tartre stibié, les purgatifs en sont là. Les proscrit-on pour cela, et répudie-t-on leur utile concours? Nullement. Il n'y a point de médicament d'une certaine énergie qui ne puisse devenir nuisible à un moment donné, et dont l'administration n'exige surveillance. Certains sujets tolèrent mal le mercure, mais une foule de chlorotiques ne supportent ni le fer, ni le quinquina; alors on tâtonne, on essaye diverses préparations, on associe au remède principal d'autres remèdes qui le corrigent et le font assimiler.

On combat la double chlorose syphilitique et mercurielle par l'adjonction des toniques : fer, quinquina, bon régime, et cela préventivement et avant que l'appauvrissement du sang soit établi ; on prévient de même les troubles intestinaux par l'opium et les succédanés; on prescrit l'hydrothérapie, les bains salés ou sulfureux. La salivation est presque impossible si la bouche est l'objet de soins attentifs, si on donne les gargarismes au chlorate de potasse, si on touche les gencives avec la teinture d'iode. Si les premières voies sont trop sus-

ceptibles, on revient aux frictions mercurielles, etc. En un mot, on fait de la thérapeutique et on exerce l'art médical.

Chemin faisant, je rencontre une assertion que je ne puis laisser passer; le mercure serait nuisible dans les cas de syphilides malignes ! Et qu'avons-nous donc à notre disposition, quel remède propose donc M. Dolbeau ? se prive-t-il des bains de sublimé et du biodure ioduré si actif, si héroïque parfois en semblable circonstance?

Le reproche articulé avec le plus d'insistance consiste en ceci : que le traitement mercuriel n'empêche pas la réapparition, à divers intervalles, des accidents secondaires. M. Dolbeau a rencontré à Lourcine des malades rentrant plusieurs fois pour des plaques muqueuses; il pourrait ajouter que chez les fumeurs on voit longtemps des plaques opalines sur la langue, les joues, les lèvres, les amygdales, des syphilides herpétiformes à la verge et ailleurs. Peut-être eût-il été bon d'ajouter que ces poussées successives, poursuivies avec le mercure, deviennent de plus en plus faibles, de plus en plus distantes, qu'elles ne portent que sur des points très-circonscrits, et qu'en général quand le traitement est bien conduit, elles finissent par disparaître en dix-huit à vingt mois environ.

La cure de la syphilis secondaire demandant en moyenne un an et demi, il aurait fallu nous dire la date de l'infection de ces malades, car plusieurs réapparitions ne prouvent ni l'inefficacité du traitement, ni l'incurabilité du cas particulier.

Au reste, toutes les maladies générales en sont là; elles sont tantôt latentes, assoupies, tantôt manifestées par des symptômes visibles. L'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, la chlorose, le diabète, le paludisme, ne se comportent pas autrement.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas se donner la peine de traiter les accès sous prétexte qu'ils pourront revenir plus tard? est-ce à dire qu'un médicament ne vaut rien et ne sert à rien parce qu'il n'empêche pas ces retours si communs? Mais à ce titre rien ne vaut rien : ni le fer contre la chlorose, ni le sulfate de quinine contre les fièvres, ni l'arsenic contre les affections cutanées, ni les alcalins contre la goutte, ni l'iode contre la scrofule, ni même, comme je l'ai montré plus haut, l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire.

Pour moi, je pense qu'il y a grand avantage pour le malade et pour le médecin à rendre les accès plus rares et moins graves. Gagner du temps est chose fort importante. Dans la scrofule, par exemple, ne cherche-t-on pas à atteindre la puberté? Dans la syphilis, il faut s'efforcer de parvenir à la fin de la deuxième année. L'économie arrive, dans ce délai, à se débarrasser du poison, et si elle est contaminée pour toujours, comme le prouve la rareté extrême d'une seconde con-

tagion, au moins il n'y paraît guère et la santé semble parfaite en apparence.

Le mercure nous rend de tels services, cela n'est pas douteux ; et, puisque M. Dolbeau nous demande *à quoi il sert,* il me permettra sans doute de le lui dire aussi brièvement que possible.

Si le chancre superficiel et surtout l'érosion chancreuse guérissent vite avec les seuls topiques, le chancre huntérien, large et profond, est parfois beaucoup plus rebelle ; peu de jours cependant après l'administration du mercure, il se déterge et entre en voie de cicatrisation. J'ai constaté cent fois le fait en me bornant, comme traitement local, à l'emploi de l'eau fraîche. Même remarque pour les plaques muqueuses humides ou sèches, pour l'angine secondaire, etc.

La rapidité de la cicatrisation est importante; elle implique la cessation des douleurs, la suppression d'une plaie ouverte qui peut toujours devenir le point de départ d'accidents divers, et surtout, ce qui est majeur, la durée moins grande de la période de contagiosité. Si l'on ne peut pas toujours obtenir des malades l'abstention prolongée des rapports sexuels, il faut tâcher de fermer vite les plaies virulentes ; on diminuera d'autant les chances de contamination et l'irradiation de la vérole.

Un malade en proie à l'arthralgie, à la céphalée nocturne, est promptement délivré de ces symptômes incommodes par le mercure; il n'attache pas moins de prix à voir disparaître le plus promptement possible les syphilides du visage, les rhagades de l'aile du nez, des commissures buccales. Le mercure lui rend ce service, et fait disparaître des stigmates compromettants. Sans parler de l'iritis, certaines amblyopies ne cèdent qu'au traitement hydrargyrique longtemps continué, etc.

M. Dolbeau ne nous demanderait point à quoi sert le mercure, s'il avait songé à la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés. Une femme atteinte de syphilis amène rarement à terme le produit de conception; elle avorte tantôt de bonne heure, tantôt près du terme, ou met au monde de miserables petits êtres à peine viables, et cela plusieurs années de suite, à moins qu'un traitement mercuriel bien fait et institué en temps opportun, ne supprime la cause incessante des avortements. Plus d'une union ne devient féconde qu'après l'administration du mercure à l'un des deux conjoints, sinon à tous les deux. Ces faits sont classiques depuis bien longtemps, et c'est un grand tort de les oublier.

Enfin quel autre moyen avons-nous pour combattre la vérole des nouveau-nés? quels succès attendre de l'expectation? et combien de ces petits malheureux sauvera-t-on par les topiques ou la médication

banale? Que notre collègue relise la relation de ces épidémies de vérole qui, dans les siècles antérieurs et de nos jours même, sévissent sur des points circonscrits : il y verra les ravages bientôt arrêtés par l'intervention du mercure. La dernière épidémie de vérole vaccinale a, tout récemment encore, fourni son complément de preuve. Mais il me paraît superflu d'insister, car il est des choses qu'on ne doit plus démontrer.

J'admettrais la proscription du mercure si on me proposait, pour le remplacer, un médicament plus sûr, plus efficace, tout à fait dépourvu d'inconvénients, agissant plus vite et guérissant d'une façon plus radicale; or, ce phénix pharmaceutique est encore à trouver. Serait-ce par hasard le bichromate de potasse? J'ai grand peur que non, et jusqu'ici, je ne vois aucune raison théorique ou pratique qui justifie sa supériorité. M. Dolbeau, qui l'a essayé, nous apprend lui-même avec une bonne foi louable, que d'après son expérience, les récidives paraissent un peu plus fréquentes après son administration ; cela n'est pas encourageant.

Jusqu'à la découverte d'un agent réellement préférable, je ne vois pas clairement l'utilité de cette croisade contre le mercure; elle se renouvelle périodiquement et compte des champions dans tous les les temps et dans tous les pays. On dirait que le traitement de la vérole sans mercure est un problème social, à voir le zèle avec lequel on le poursuit. On ne songe guère, que je sache, à supprimer l'onguent napolitain ni le calomel, à la condition qu'on s'en serve uniquement contre le phlegmon, la péritonite, les inflammations plastiques ou la constipation; mais s'il s'agit de la syphilis, le médicament précieux devient un poison terrible et celui qui l'emploie un empoisonneur, peut-être. Je suis persuadé cependant que M. Dolbeau ne va pas jusque-là.

Il y a dans tout ceci ou un parti pris ou une exagération regrettable : le mercure n'est ni plus ni moins dangereux qu'une foule d'autres médicaments, et les préjugés du vulgaire ne sont pas plus fondés à son endroit qu'à celui de l'arsenic, qui, lui aussi, possède le triste privilége de jeter l'effroi dans les esprits timorés.

Que reste-il de toutes les déclamations passées et présentes? Peu de chose. L'immense majorité des praticiens, et je dis des plus savants, des plus habiles et des moins routiniers, continue à donner le mercure; ils en surveillent l'usage avec soin, le manient avec prudence et sagacité, et n'observant plus ces accidents terribles toujours invoqués, ils se rassurent et attendent, la conscience tranquille, des arguments plus nouveaux, des accusations mieux fondées, des preuves plus décisives. Ainsi faites-vous, messieurs, pour la plupart; ainsi fais-je moi-même.

Je dois m'excuser, messieurs, d'avoir ebusé si longtemps de votre attention pour répéter des choses que vous savez mieux que moi. Mais un de nos collègues ayant feit appel à notre expérience, j'ai cru devoir lui répondre avec ce que j'ai vu et feit; sans doute, il me saura plus de gré, ou du moins je l'espère, de mon opposition que de mon silence.

Permettez-moi de me résumer en quelques propositions :

1° Le syphilis doit être traitée dès que le diagnostic en est posé; il n'y a aucun avantage à attendre.

2° Si l'expectation éclaire le médecin sur l'évolution et le degré de gravité du mal, en revanche elle expose à perdre un temps précieux pendant lequel le virus s'installe profondément dans l'économie et altère profondément les éléments anatomiques et les humeurs.

3° Le traitement doit être longuement et petiemment poursuivi, perce que la syphilis est une maladie de longue durée, dont la guérison exige environ deux années.

4° La syphilis, sans doute, peut guérir spontanément; mais le cas paraît assez rare, et ne peut point être prévu d'avance. Si le traitement est inutile, il ne paraît pas evoir d'inconvénient sérieux. L'incertitude règne ici comme dans le champ entier de la thérapeutique, et, du moment qu'on ne nuit pas, on peut agir sans scrupules.

5° Jusqu'à nouvel ordre, le mercure reste le modificateur le plus puissant de la syphilis dans ses premières périodes. Si son action directe sur le virus n'est pas prouvée, il est toutefois démontré qu'il modifie avantageusement les manifestations isolées et successives du mal général.

6° Au moins aussi efficace que tout autre moyen dans les véroles de moyenne intensité, il est indispensable et ne saurait être remplacé dans les syphilides graves ou tenaces, dans la syphilis viscérale, dans la vérole des femmes enceintes et des nouveau-nés.

7° Le traitement mercuriel bien dirigé, avec le concours de moyens adjuvants tirés de l'hygiène, du régime et de la classe des toniques, est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait innocent; il importe donc de faire cesser à son égard les préjugés de la foule. Il est très-rare qu'on ne parvienne pas à faire tolérer le mercure grâce aux ressources actuelles de la matière médicale.

8° Le problème de la cure de la syphilis sans mercure n'est donc point encore résolu, et rien n'indique qu'il le soit prochainement.

9° Le bichromate de potasse ne paraît avoir sur le mercure aucune supériorité évidente.

La séance est levée à cinq heures trois-quarts.

Le Secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 15 MAI 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Demandes de congé adressées par MM. Giraldès et Labbé.

Une observation de pneumatocèle du crâne avec pièces anatomiques, par M. Fleury de Clermont, membre correspondant.

Sur le traitement de la syphilis sans spécifiques, par M. le docteur Adam Owre (de Christiana). Commission : MM. Lefort, Perrin, Desprès.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

M. Houzé de l'Aulnoit, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, adresse une série de brochures imprimées avec l'exposé de ses titres. Il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Une commission est nommée pour l'examen de ces titres et travaux, elle se compose de : MM. Lefort, Tillaux, Desprès.

Discussion sur le traitement de la syphilis (Suite).

M. VELPEAU. La question qui s'agite aujourd'hui devant la Société de chirurgie offre certainement beaucoup d'intérêt; j'ai été surpris d'entendre émettre certaines propositions. Il y a déjà bien longtemps, et particulièrement à l'époque de Desruelles, on a soutenu que le mercure n'était pas indispensable dans le traitement de la syphilis. Certains observateurs ont été induits en erreur, Desruelles lui-même a été trompé par ses malades, quelques-uns guérissaient, mais le plus grand nombre, découragés, prenaient le mercure en secret.

En y regardant de près, j'ai pu me convaincre que la syphilis guérit assez souvent seule, mais que le mercure est plus souvent indispensable pour arriver à un bon résultat. J'ai dès lors considéré la syphilis comme un poison qui, en s'introduisant dans l'organisme, peut y causer de grands ravages, mais qui est susceptible aussi d'être dé-

truit par les efforts de la nature. Tout dépendrait des conditions de santé des individus et de la nature du virus.

J'ai fait des expériences comparatives et j'ai constaté qu'un certain nombre de malades, près de la moitié, guérissaient spontanément ; chez les autres la maladie résistait et le mercure seul pouvait en triompher.

Le mercure est le seul remède contre la syphilis, les faits le démontrent; par exemple, un malade a des bubons qui vont croissant, je lui fais prendre la liqueur de Van Swieten, et au bout de trois ou quatre jours les ganglions diminuent, si bien que, après trois semaines de traitement, tout est terminé.

Je ne puis, pour ma part, accepter que la vérole guérisse mieux seule qu'avec l'intervention du mercure. On a proposé l'iodure de potassium ; pour que ce médicament agisse, il est nécessaire que le mercure ait imprégné tout d'abord l'économie.

Le mode d'administration des mercuriaux varie. La meilleure méthode consiste dans l'emploi des frictions mercurielles ; mais ce traitement a l'inconvénient d'altérer le linge. Pour ma part, j'emploie la liqueur de Van Swieten lorsqu'il s'agit des accidents primitifs ; pour la période secondaire et tertiaire, j'ai recours au proto-iodure de mercure.

Une question difficile c'est de déterminer combien de temps le traitement mercuriel doit être continué ; trop souvent on l'arrête lorsque les accidents ont disparu; je suis d'avis qu'il faut insister au moins trois mois.

Je termine en déclarant que la question est digne d'intérêt et qu'il reste bien des choses à revoir, eu égard au traitement de la syphilis.

M. DESPRÉS. Avant de commencer mon argumentation, je dois exprimer ici une satisfaction, celle de voir M. Velpeau assimiler la syphilis à un empoisonnement. Je suis tout à fait de cet avis. Mais je désire aussi déclarer que les expériences antérieures de traitement de la syphilis sans mercure, rappelées par M. Velpeau, ne peuvent être invoquées contre nous; Desruelles, Richond de Brus, après Broussais, remplaçaient le mercure par la saignée et la diète, et je compte démontrer que ces deux moyens thérapeutiques appliqués à la syphilis, agissant comme les préparations mercurielles, débilitant comme elles. étaient incapables de faire juger la question.

J'entre brusquement en matière, et je viens, continuant ce qu'ont commencé MM. Diday et Dolbeau, développer devant vous trois points :

Établir, par des statistiques empruntées à la pratique de mon service à l'hôpital de Lourcine et depuis vingt mois, que le mercure est

inutile dans le traitement des syphilis pendant la période des accidents primitifs et secondaires;

Attaquer, au moyen d'observations, toutes les assertions qui ont été émises pour montrer les avantages du mercure ;

Envisager le mercure au point de vue de la thérapeutique physiologique.

J'invoquerai donc des observations et une statistique : sans oublier toutefois que mon attaque contre la pratique adoptée n'est pas neuve, pas plus que les réponses qui nous ont été et qui nous seront faites; sans oublier que malgré des observations et des statistiques anciennes nous avons pu entendre MM. A. Guérin et Verneuil dire que le mercure jouissait encore parmi les médecins d'une légitime popularité.

Ah ! c'est que les observations ont été contradictoires, c'est que les statistiques ont été justement attaquées. En effet, et pour ne parler que des statistiques, les chiffres de Roze en Angleterre, de Hermann à Vienne, de Struntz à Berlin, ceux des médecins suédois (*Journal complémentaire du Dictionaire des sciences médicales,* 1828, t. XXX, p. 93), comprennent des chancres mous non suivis d'accident, et des végétations au nombre des syphilis vraies. Mais à côté de cette imperfection, fâcheuse je l'accorde, ces statistiques portent un enseignement. Le médecin français qui a traduit la statistique suédoise aurait pu parler aujourd'hui en face de nos adversaires.

Il écrivait : « Il n'est personne qui n'ait remarqué combien sont « fréquentes les rechutes des maux vénériens après le traitement « mercuriel ; malheureusement au lieu d'en conclure l'inutilité du « mercure, au moins dans ces cas, on se borne à supposer gratuite- « ment qu'il a été mal administré. » C'est là, en effet, le fond des arguments qui me sont opposés.

J'apporte une statistique et je la crois meilleure que celles qui existent déjà. J'ai seulement un regret, c'est qu'elle porte seulement sur des faits de deux années, et j'aurais souhaité que la discussion actuelle ne s'ouvrît que plus tard, j'aurais possédé alors des arguments plus nombreux, je ne pense pas qu'il soit possible de dire plus forts.

Deux cent trente-quatre malades syphilitiques ont été reçus à l'hôpital et l'ont quitté, du 24 février 1866 au 23 février 1867. Ces 234 malades avaient des chancres indurés ou parcheminés, des plaques muqueuses, des roséoles, des syphilides secondaires ou des gommes ; il s'agissait réellement de syphilis constitutionnelles.

Les malades, à leur entrée, avaient fait des traitements variés, ou n'avaient rien fait, ou étaient au début de leur mal.

Vingt-huit avaient subi un traitement mercuriel d'une durée de 4 à 1 mois. 8 avaient suivi un traitement mercuriel court, soit seul,

soit associé à d'autres médications, ce qui donne, en ne prenant que les malades ayant subi un traitement mercuriel régulier, 28 sur 234 ou 12 pour 100.

D'un autre côté, sur 234 malades, il est entré 9 des malades soignées par moi par la médication tonique et reconstituante, et il y a eu cinq malades entrées dans les autres services de l'hôpital ou qui sont encore dans mes salles (je les compte néanmoins, ne craignant pas de mettre tous les désavantages du côté de la méthode de traitement sans mercure); cela nous donne la proportion de 6 pour 100.

J'ai reçu 17 malades qui avaient leur mal depuis plus de six mois, et paraissaient n'avoir fait aucun traitement précisé ; soit 17 sur 234, ou 7,4 pour 100.

Enfin, il est entré 7 malades qui avaient été soumises à l'usage du bichromate de potasse. Je ne m'arrête pas à ce chiffre qui me paraît exagéré, et comme je ne suis pas sûr que les malades auxquelles j'ai donné du bichromate de potasse le supportaient, je ne suis point édifié sur ce traitement. Je n'ai d'ailleurs aucun enthousiasme pour le bichromate de potasse, n'ayant pas la croyance que la syphilis puisse être guérie par un spécifique.

Ainsi, sur le chiffre des entrées, nous trouvons une proportion considérable de malades traitées inutilement par le mercure pendant les six premiers mois de leur syphilis. Et, entre le traitement mercuriel d'une part et l'expectation et le traitement tonique de l'autre, il n'y a pas même égalité. Notons ce premier point.

J'ai fait, il y a quelques jours, le relevé des malades de mon service pour savoir si le mouvement de mon service confirme les résultats fournis par l'examen des entrantes. Je donnerai de plus longs détails sur ces malades, parce que, comme je prévois de la passion danscette discussion, je pourrai montrer les malades dont j'aurai parlé.

Sur 59 malades syphilitiques de mes salles six avaient été déjà traitées dans mon service, et sur ce nombre, 4 avaient été traitées auparavant par le mercure ou l'avaient été pendant le temps écoulé entre leur premier et leur second séjour dans mon service.

Seize avaient pris du mercure, une 250 pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, deux des pilules pendant 3 à 4 mois, et ceux qui avaient dirigé ces médications étaient les hommes les plus recommandables, tels que M. A. Guérin, MM. Bazin et Lallier. Ces malades ont des récidives de plaques muqueuses, des syphilides, des angines et des chancres mous, et sont anémiques. Les 6 premières malades étaient à peu près dans les mêmes conditions, sauf une, qui n'avait qu'une récidive d'iritis et une qui n'avait que quelques rhagades à l'anus.

Les malades en traitement dans mon service peuvent donc être ainsi groupées :

Revenues non guéries après un traitement mercuriel, 16 sur 59, soit 28 pour 100.

Revenues après avoir été traitées par le traitement tonique plus ou moins complet, 6 sur 59 (en comptant les malades chez qui le mercure avait été administré déjà une fois inutilement), soit 10 pour 100.

Voyons maintenant les résultats du traitement pendant et après le séjour de mes malades à l'hôpital. Sur 95 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps que j'ai jugé suffisant, 7 sont revenues avec des récidives de plaques muqueuses ; une d'entre elles avait déjà pris autrefois et inutilement du mercure.

Sur 101 malades, traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps variable, soit parce que les malades sortaient malgré moi, soit parce qu'il s'agissait de maux légers et guéris en peu de temps, 8 sont revenues; parmi ces 8 malades, 6 étaient du nombre des malades sorties avant que j'eusse jugé leur traitement suffisant.

Cela nous donne, dans le premier cas, 7 sur 95, soit 7,4 p. 100; dans le second cas, 8 sur 101, soit 7,8 p. 100, et en réunissant les deux groupes de malades, 9,8 p. 100.

J'ai traité 13 malades par le mercure seul ou associé passagèrement au bichromate de potasse; 2 malades qui avaient pris pendant six et trois mois de la liqueur de Van Swieten et du proto-iodure de mercure, sont revenues avec des récidives, une était partie non guérie. Cela nous donne une proportion de 15 p. 100.

Ainsi les malades traitées par la médication tonique ne reviennent pas plus que les malades traitées par le mercure, et ne sont pas plus gravement malades. Loin de là.

Messieurs, pour prévenir une objection à laquelle je m'attends, je suis allé à Saint-Louis dans les services de MM. Hardy, Lallier et Hillairet, qui ont bien voulu m'autoriser à faire quelques recherches dans leur service sur les syphilis anciennes. J'ai examiné 200 malades et voici ce que j'ai trouvé :

Trente-sept malades atteints d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tertiaires.

Sur ce nombre il y avait 10 maladies récentes, vierges de traitement, et dont le début remontait au plus à quelques mois.

Sur les 27 malades restants, 6 n'avaient subi aucun traitement, 21 avaient subi des traitements mercuriels pour chancres, plaques muqueuses et syphilides.

Je groupe ainsi les malades :

Un malade, plus de vingt années auparavant, avait été traité par les frictions mercurielles. 1, plus de douze ans auparavant, avait fait un traitement mercuriel de trois mois. 3 malades, douze et dix ans auparavant, avaient subi des traitements mercuriels de deux et trois mois. 1 malade, huit ans auparavant, accusait quatre mois de traitement mercuriel. 3 malades, trois ans auparavant, avaient fait un traitement de quatre, trois et deux mois. 11 malades, deux ans ou dix-huit mois avant d'entrer à Saint-Louis, avaient fait des traitements mercuriels. 1 de neuf mois. 1 de six mois. 1 de cinq mois. 1 de trois mois. 4 de 1 mois. 1 de deux mois. 1 de moins d'un mois. 1 avait été malade à trois reprises et avait été mis au mercure les trois fois pendant deux et trois mois. 1 malade, dix mois auparavant, avait pris du mercure pendant deux mois.

Les 6 malades qui n'avaient pas pris de mercure n'étaient pas franchement syphilitiques. 1 avait un eczéma qui n'était point manifestement une syphilide. 3 malades, douze, huit et deux ans auparavant, n'avaient eu que des chancres mous, et l'un deux avait néanmoins une syphilide pustulo-crustacée. Un seul malade accusait dans ses antécédents une vérole nette et s'était traité avec de la salsepareille ; il était d'ailleurs bien portant et n'avait que quelques papules sur le corps.

Quoi de plus clair que cette statistique sommaire ? En effet, en admettant même que les 6 derniers malades soient bien des syphilitiques, en admettant qu'il y a quatre fois plus de gens qui se traitent par le mercure que de gens qui ne font rien, nous n'arrivons pas même à établir une égalité entre les deux traitements, le mercure et les toniques. Et nous n'avons pas besoin d'autre chose pour notre démonstration.

Voilà des faits tels que je n'en ai jamais trouvé de pareils dans la bibliothèque française, ni dans les livres spéciaux, ni dans les livres classiques, ni dans la discussion actuelle, où cependant les affirmations en faveur du mercure ne manquent pas.

MM. Cullerier, Verneuil et A. Guérin n'ont pas même emprunté à leurs souvenirs la dixième partie des cinquante-sept observations que M. Diday a réunies dans son histoire naturelle de la syphilis, pour montrer que le mercure, administré par les mains les plus habiles, MM. Ricord et Cullerier, et les syphilographes distingués de l'école de Lyon, n'avait rien fait contre la syphilis constitutionnelle.

Je viens de vous exposer une statistique raisonnée qui est accablante pour le mercure ; je ne sais encore comment elle sera attaquée, mais je sais comment je la défendrai. En attendant je passe à la seconde partie de mon argumentation.

Vous avez entendu M. Cullerier, M. A. Guérin, M. Verneuil et même M. Perrin reproduire ici la traditionnelle défense du mercure; il me faut maintenant combattre leurs arguments, je ne dis pas leurs preuves, ils n'en ont point apporté ici. M. Perrin a cité quelques chiffres. M. Verneuil a mentionné cinq observations dont une ou deux au moins sont contraires à ses affirmations, M. Cullerier a exposé sa pratique, et tous ont posé des affirmations anciennes, rajeunies sans le secours d'observations nécessaires pour nous convaincre.

Or, je connais les vieilles armes et la tactique des partisans du mercure; je résumerai les arguments et je les discuterai un à un avec des faits, et ce sera une réponse collective à MM. Cullerier, A. Guérin et Verneuil, nos adversaires, et à M. Perrin, notre allié prudent et réservé.

Et d'abord je tiens à montrer que nos adversaires ne sont pas d'accord avec les syphilographes ni d'accord entre eux. Que si l'on donne du mercure dans certains pays, l'on syphilise dans d'autres (témoin la pratique de M. Boeck, à Christiania), Frike, à Hambourg, Herman, à Vienne, Drysdale, à Londres, Pirogoff, à Dorpat, et nous à Paris, nous ne donnons pas le médicament dit spécifique pour la vérole.

Comprend-on qu'il ne soit pas encore reconnu quel est le moment où le mercure est bon contre la syphilis ? A notre époque, d'un côté en France, on ne croit plus que le mercure soit efficace contre les accidents tertiaires. En Allemagne, d'un autre côté, M. Virchow affirme que c'est contre les accidents tertiaires que le mercure doit être administré.

M. Cullerier ne veut traiter la syphilis qu'au moment ou apparaissent les accidents secondaires, c'est l'opinion de Cullerier (*Dict.* en 15 vol., 1826), c'est ce que pense M. Diday ; c'est peut-être l'opinion de M. Verneuil. Ce n'est pas celle de M. Guérin qui veut traiter la syphilis tout à fait au début par le mercure. Le seul point sur lequel nos collègues soient d'accord, c'est la durée longue qu'il faut accorder au traitement. La préparation mercurielle, c'est autre chose. Pour elle l'accord disparaît. L'un donne des pilules de Belloste, l'autre le protoiodure, celui-ci le sublimé, un autre fait des frictions mercurielles, un autre donne des fumigations, celui-là emploie la liqueur de Van Swieten, un autre les pilules de Sédillot ou du sirop de bi-iodure ioduré. Cette confusion de médicaments n'est pas faite pour éclairer la thérapeutique de la syphilis. Qui peut dire comment des médicaments si divers ont une action spécifique commune contre la vérole ?

Voici les raisons qui servent depuis des siècles aux défenseurs du mercure :

1° C'est à la longue que le mercure produit de bons effets ;

2° Quand le mercure est sagement administré et secondé par un traitement réparateur il réussit ;

3° Quand les malades ont des rechutes et arrivent aux accidents tertiaires, c'est qu'ils n'ont pas pris assez de mercure ou qu'il a été mal administré ;

4° Le mercure empêche certains accidents de se produire ;

5° Le mercure fait disparaître vite certains accidents, l'induration chancreuse, les syphilides secondaires ;

6° Enfin le mercure est indispensable chez les femmes grosses et pour prévenir les avortements répétés.

Je laisse de côté pour aujourd'hui cette dernière question. Quoique je possède des faits qui me permettent de nier cette proposition, j'attends les observations de nos adversaires, elles pourront suffire à mes attaques.

Les statistiques sommaires que j'ai faites à l'hôpital Saint-Louis montrent qu'il y a un grand nombre de vieux syphilitiques ayant pris du mercure. Les observations de M. Diday prouvent également que le mercure n'empêche pas la syphilis de poursuivre son évolution. Du reste, ce que l'on peut dire contre la première assertion des partisans du mercure se confond avec ce qu'il y a à objecter à leur troisième proposition, que nous allons attaquer bientôt.

Mais, dira M. Verneuil, les malades ont-ils pris du mercure pendant dix-huit mois? A cette question, si elle m'était faite, je répondrais : Montrez-nous un malade qui a pris dix-huit mois du mercure sous vos yeux et que vous avez suivi, je vous montrerai ceux à qui l'on en a donné pendant deux années en vain, et nous compterons. Et d'ailleurs je dirai que si on laisse un médecin diriger l'hygiène, le régime et les habitudes d'un syphilitique pendant dix-huit mois, la syphilis guérira sans spécifique.

La combinaison du traitement tonique avec le traitement mercuriel est sortie de la médication dite par extinction imaginée par Haguenot, de Montpellier, au siècle dernier. Elle a été adoptée dans nos hôpitaux. Graves, en Angleterre, l'a réinventée, et il a saisi cette occasion pour émettre ce paradoxe thérapeutique, qu'il fallait reconstituer d'abord le malade et ensuite administrer les altérants. Nul esprit médical ne saurait accepter ce principe qui, comme beaucoup d'autres, n'a d'autre mérite que d'être une transformation étrangère de choses imaginées chez nous. Nous avons en France le défaut de nos qualités et nous joignons à notre désir d'être hospitaliers une tendance à nous laisser séduire outre mesure par les œuvres exotiques.

Au total, le mercure et les toniques étant donnés concurremment,

qu'est-ce qui agit? Ne vient-il pas à l'esprit que c'est plutôt le traitement tonique, puisqu'il y a des syphilides qui guérissent par le simple traitement tonique et les bains? Pour ma part je n'hésite pas à le penser d'après ce que j'ai vu dans mon service.

On a dit que les malades qui ne guérissaient pas de la vérole n'avaient pas fait un traitement assez suivi. Voyons les observations :

Vous avez tous vu des exemples d'élèves en médecine qui sont dans les meilleures conditions pour suivre un traitement, et gardent néanmoins des syphilides tenaces qui résistent à la spécificité du mercure. J'ai eu un élève dans mon service, qui depuis un an prenait en vain du protoiodure et suivait les ordonnances de M. Ricord; il avait une luxuriante syphilide pustulo-papuleuse qui s'est éteinte grâce à un traitement tonique et à un genre de vie réglé. Mais voici une observation encore plus concluante :

M[lle] C..., domestique, Écossaise, âgée de trente-neuf ans, est entrée dans mon service le 23 février 1867, pour être traitée d'accidents syphilitiques tertiaires.

Il y a trois ans, la malade avait eu une écorchure à la vulve, qui peu de temps après avait été suivie de l'apparition d'angine peu douloureuse et à répétition, et un médecin aurait fait administrer tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten pendant deux mois et demi. Dix mois plus tard, après des alternatives de rechutes légères et de guérison, de nouvelles angines plus graves se sont montrées, des boutons ont apparu sur tout le corps et ont formé des croûtes. Depuis un an la malade a pris des pilules mercurielles, deux par jour, ce qui fait à peu près, au dire de la malade, 600 pilules; et il est à présumer qu'il s'agissait de pilules de protoiodure de 25 milligrammes, ou de pilules bleues, car la malade a été consulter M. Ricord et un médecin anglais.

A son entrée à l'hôpital, le 23 février 1867, la malade présentait sur les bras et le tronc des cicatrices de la largeur de la paume de la main, blanches et semblables à des cicatrices de brûlure ; sur le cou et la tête il existait des ulcérations assez profondes de la largeur d'une pièce de 1 franc à bords taillés à pic, et dont quelques-unes étaient recouvertes d'une croûte verdâtre, tandis que d'autres offraient le caractère d'une ulcération remplie par un détritus grisâtre. Le tibia, du côté gauche, présentait, à sa face interne, près de l'articulation du genou et près de l'articulation tibio-tarsienne, une tumeur dure du volume d'une noix. Enfin il y avait de l'acné sur le dos et le flanc droit. Il n'y avait rien à la vulve ni au col de l'utérus; la malade, malgré son état, était grasse de la face et du tronc.

La malade se plaignait de douleurs de tête. Elle était très-attristée

de son état, et croyait qu'elle ne guérirait jamais. Malgré tous les traitements faits jusqu'ici, disait-elle, j'ai toujours eu quelque chose, des boutons sur le corps et des maux de gorge ou des croûtes sur la tête. Le diagnostic porté fut : gommes et ecthyma du cuir chevelu, acné syphilitique, exostose du tibia.

La malade fut soumise au traitement suivant : cataplasme de fécule sur la tête après que les cheveux ont été préalablement coupés ras, bains sulfureux et bains salés alternativement tous les quatre jours. A l'intérieur il fut prescrit : iodure de potassium, 0,50 centig. dans une potion, vin de quinquina, 125 gr., et la malade mangeait cinq portions plus deux côtelettes.

Quelques jours après, le traitement a été modifié ; la malade a dû prendre une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, et ses ulcères ont été pansés avec de la charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré recouverte par un cataplasme pour maintenir l'humidité.

Les douleurs de tête, l'acné syphilitique ont promptement disparu ; les ulcères du cuir chevelu ont été guéris au bout d'un mois, et la malade est sortie six semaines après son entrée, le 5 avril 1867, complétement guérie.

Cette observation offre un exemple remarquable de syphilis traitée vainement par le mercure, 80 cuillerées de liqueur de Van Swieten et 600 pilules mercurielles.

On me demandera sans doute si j'aurais fait mieux sans mercure, dans le cas où j'aurais eu à traiter cette malade depuis trois ans. A cela je puis répondre non, quoique j'aie des preuves du contraire, comme nous allons le voir tout à l'heure, et je n'ai nulle crainte de répondre ainsi, parce que cela ne prouve rien en faveur de mes adversaires. Mais je veux dire la raison pour laquelle a existé cette marche grave de l'épuisement de la syphilis. — Je m'explique sur ce mot : la syphilis arrivée à la période des exostoses et parvenue à son terme. Du moment où les produits plastiques s'organisent en tissu normal, il n'y a plus de danger pour l'économie. — Ma malade m'a appris qu'elle voyageait sans cesse avec ses maîtres ; cette existence est anomale, la santé de la malade devait être à chaque instant modifiée par les changements d'air et de régime, et cela explique les récidives journalières des accidents syphilitiques, comme cela expliquerait les récidives d'accidents rhumatismaux chez un rhumatisant.

Enfin, et je borne ici mes réflexions à propos de ce fait, je n'affirme pas qu'il ne reviendra rien à cette malade, mais je crois que ce qui existera chez elle guérira en peu de temps comme ce qu'elle a présenté dans le service ; mais je pose en principe que tout traitement mercuriel lui sera parfaitement inutile, et je m'autorise de la comparaison de

mon observation avec celles qu'a réunies M. Dubuc dans sa thèse sur les syphilides malignes précoces (*Thèses de Paris*, 1864). Ces observations sont très-longues et j'en ai dû faire le résumé que voici :

Dans la première observation, nous voyons qu'il s'agit d'un homme qui prend à deux reprises du mercure, d'abord pendant quinze jours, puis pendant un mois et plus, pour une écorchure à la verge suivie de bubons suppurés, de boutons sur le corps, et de douleurs dans les jambes. Au bout de six mois le malade est vu par M. Hillairet, qui constate une syphilide pustulo-crustacée et des pustules, plus des plaques muqueuses de la gorge et des exostoses du tibia. Le malade était très-amaigri. M. Hillairet donne une cuillerée de liqueur de Van Swieten, et 1 gramme d'iodure de potassium par jour, du vin de quinquina et des viandes rôties. Après trois mois et demi de ce traitement, le malade sort, devant continuer encore son traitement pendant quelque temps. La guérison des accidents était complète, dit l'observation le 4 décembre 1853.

Le 10 avril 1864, le malade est allé retrouver M. Hillairet, le corps couvert d'une poussée de tubercules syphilitiques.

Dans la seconde observation je trouve un monsieur qui, ayant eu en 1857 une ulcération de la verge en Italie, prend du mercure pendant un mois, qui, deux ans après, a une nouvelle ulcération de la verge, pour la guérison de laquelle il prend encore du mercure pendant un mois. Le 15 mai 1861 il a de nouveau une écorchure sur la verge, que M. Cullerier diagnostique un chancre mou. Au commencement de juillet apparaissent néanmoins une éruption cutanée et de l'ecthyma des jambes à la suite d'accès de fièvre et d'anémie progressive. M. Cullerier donne de la liqueur de Van Swieten pendant un mois et demi. Au bout de ce temps le malade va à Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet. M. Vidal, remplaçant ce médecin, administre 0,50 centigr. d'iodure de potassium, qui fut pris pendant dix mois. M. Hillairet, qui avait repris son service, a essayé deux fois, et sans succès, les frictions mercurielles dans les aisselles, et les pilules de Sédillot, et le malade finit par guérir.

La troisième observation a trait à un malade qui au début a été jugé atteint de morve, et chez lequel on a soupçonné seulement la syphilis. Il s'agissait d'ulcérations dans les fosses nasales, de larges ulcérations sur la peau et de gonflements dans les bras. L'iodure de potassium et des toniques administrés ont guéri tous ces accidents en deux mois et quelques jours. Le malade est entré plus tard à l'hôpital Saint-Louis avec une syphilide tuberculeuse, deux mois après être guéri par l'iodure de potassium. M. Bazin, dans le service duquel était placé ce malade, a donné des toniques, du sirop de bi-

iodure et des bains alcalins. La guérison a été obtenue en trois mois. Voilà un exemple de syphilis qui guérirait d'abord avec l'iodure de potassium, puis par un petit traitement mercuriel de trois mois.

La quatrième observation se rapporte à un malade de M. Verneuil. Il s'agit d'un homme qui a un chancre unique et une roséole. M. Verneuil lui donne une pilule de proto-iodure de fer et du quinquina pendant deux mois, au bout desquels le malade sort non guéri. Il rentre à Saint-Louis vingt jours après, avec son chancre, une éruption de papules qui dans quelques points étaient recouvertes de croûtes, des nodosités sur les tibias, et un amaigrissement notable. On lui donne, du 8 au 15 novembre, tous les jours une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, 1 gramme d'iodure de potassium, 125 grammes de vin de quinquina et des bains sulfureux.

Ce malade est sorti avec des taches cuivrées sur le corps, des nodosités encore apparentes sur les tibias. Il m'est impossible de voir, dans cette observation, autre chose qu'une marque de l'efficacité du repos et de l'inefficacité du mercure.

Voici la cinquième observation de M. Dubuc :

Un homme, qui avait un chancre induré et une syphilide papuleuse, commence par prendre des pilules de proto-iodure et des bains de sublimé. Le chancre à peine cicatrisé, il apparaît une série de boutons d'ecthyma, dont plusieurs forment des ulcères, surtout à la tête. A ce moment, le traitement est changé : on donne de l'iodure de potassium après que le malade a pris des pilules pendant six mois environ sans être guéri.

Le malade entre à l'hôpital, dans le service de M. Lallier, avec des ulcérations de la tête taillées comme à l'emporte-pièce, et des cicatrices d'ecthyma et une éruption iodique. M. Lallier donne de l'iodure de potassium, mais le malade ne peut le supporter. L'observation n'est pas terminée.

Le sixième cas est des plus remarquables : c'est un exemple d'un individu qu'on nourrit de mercure pendant des années, et qui finit par mourir avec sa syphilis.

Au mois de décembre 1859, il y a un chancre induré que Bauchet traite pendant plus de sept semaines par le mercure; malgré cela, une syphilide papuleuse et une iritis surviennent.

En 1860, une syphilide pustulo-crustacée apparaît sur la cuisse, et le malade entre dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis. Là, pendant quatorze mois, le malade, qui avait une syphilide pustulo-crustacée serpigineuse, puis une récidive de son iritis, prend du sirop de bi-iodure ioduré, de la tisane de Felz, de l'iodure de potassium,

de l'émétique et de l'arsenic, et finit par guérir. Total : environ six ou huit mois de mercure, d'après mes suppositions.

En 1861, trois mois après être sorti de chez M. Bazin, le malade rentre dans le service de M. Cazenave, avec une récidive de syphilide crustacée; il prend pendant cinq mois des pilules de sublimé et des fumigations de cinnabre ; il sort non guéri.

Il rentre, le 16 août 1862, dans le service de M. Hardy, qui lui donne, outre 3 grammes d'iodure de potassium par jour, des toniques : vin et décoction de quinquina. L'amélioration est rapide, mais le malade a la mauvaise fortune de changer de médecin par suite de mutations dans les services, et se trouve sous la direction de M. Devergie, qui administre de l'huile de foie de morue et encore du mercure, du 6 janvier 1863 au 10 janvier 1864. Malgré ce traitement, le malade a eu deux poussées successives de syphilis, et avait une perforation de la cloison des fosses nasales, une laryngite. Le malade a été emporté par une pneumonie double.

L'autopsie, étudiée avec tous les moyens connus, a montré que le malade n'avait point de syphilis viscérale, et que la cirrhose du foie n'était pas syphilitique.

Total : vingt-deux à vingt-cinq mois de mercure pour rien, et les partisans du mercure n'ont pas même la ressource de dire qu'il s'agissait d'une syphilis très-grave ; il n'y avait pas de syphilis viscérale.

La septième observation expose l'histoire d'un individu qui n'avait pas pris de mercure au début de sa syphilis, arrivée, croit-on, après des blennorrhagies répétées. Quoiqu'il n'y ait pas évidence qu'il n'ait pas pris de mercure, je le suppose néanmoins, car il avait été traité dans des hôpitaux militaires.

Ce malade, atteint de syphilide pustuleuse et de psoriasis syphilitiques, est traité par le sirop de bi-iodure ioduré, du 12 mai au 17 juillet 1863, ce qui n'empêche pas l'apparition de quelques ulcérations. Le malade sort guéri, mais le 2 novembre, il rentre avec des ulcères syphilitiques à marche serpigineuse. On lui donne de nouveau du bi-iodure, et le 23 février 1863, c'est-à-dire après quatre mois de traitement, le malade était encore à l'hôpital non guéri, mais en chemin d'amélioration, grâce aux toniques et à l'iodure de fer que faisait prendre au malade M. Bazin. Ici, calcul clair : on se dit : Le mercure n'a pas été donné, donnons-en, nous guérirons. Quatre mois après ce traitement, le malade rentrait à l'hôpital avec sa syphilis.

La huitième observation nous apprend qu'il s'agit d'un garçon qui a une syphilide squammeuse et des plaques muqueuses, et qui est au début de la syphilis. Du 15 septembre 1863 au 4 octobre, 2 pilules de proto-iodure par jour. Malgré ce traitement, toutes les plaques

squammeuses se sont transformées en ulcérations. M. Gibert donne alors, le 25 octobre, le sirop de bi-iodure ioduré,à la dose de deux cuillerées à café par jour, et fait appliquer de la pommade au cinnabre sur les ulcères. Le mal marche moins vite. Il se transforme, et le 24 février 1864, le malade avait encore du psoriasis qui, dit l'observation, est devenu un psoriasis dartreux. Ceci laisse un point de doute dans mon esprit.

Enfin, la neuvième observation est tout à fait douteuse. Il s'agirait d'une vieille domestique de cinquante-trois ans, entrée à l'hôpital avec quelques plaques muqueuses, des syphilides pustuleuses et de l'ecthyma, et qui meurt avec un anasarque de l'ascite, plus une cirrhose syphilitique. Cette pauvre femme était malade depuis un mois. Elle a pris successivement, depuis son entrée à l'hôpital, 5 et 20 centigrammes de proto-iodure de mercure chaque jour et sans le moindre succès, et cela pendant un mois et demi.

Encore deux observations qui ne sont pas des miennes; je les emprunte à l'histoire naturelle de la syphilis de M. Diday (Paris, 1863).

« 1° Un monsieur âgé de trente-six ans eut, le 14 février 1855, un chancre. Dès le premier jour, il consulta M. le docteur Chauffard (d'Avignon), qui lui fit prendre 160 pilules mercurielles en un mois. M. le docteur Chauffard fils lui prescrivit ensuite, pour le deuxième mois, trois et quatre pilules de Dupuytren par jour. Au bout de deux mois une syphilide générale apparut; on lui fit prendre 250 pilules au proto-iodure. Après plusieurs récidives toujours renaissantes et toujours mercuriellement combattues durant deux ans, je le vis triste et affaibli, pâle et découragé et avec un ulcère profond à l'aile du nez, une périostose du tibia droit, ainsi qu'aux deux derniers métacarpiens de la main gauche.

« 2° A partir du quinzième jour de l'évolution de son chancre, un monsieur prit, en dix-huit mois, 1,200 pilules de Ricord (un mois environ après le début du chancre, il avait eu une poussée complète). Ayant donc fait son traitement de dix-huit mois, il va consulter M. Ricord, qui lui délivre une prescription de pilules mercurielles avec cette note : chancre infectant il y a dix-huit mois; traitement insuffisant; accidents secondaires. Il exécute l'ordonnance de M. Ricord; trois mois et demi après, je le vois porteur d'une double albuginite, avec une éruption pustulo-crustacée du front revenue depuis peu et un tremblement des mains. »

Ce sont là des syphilides malignes, dira-t-on, la chose est facile à affirmer; c'est une excuse qui explique l'insuccès du mercure. Mais qu'il me soit permis de le dire à nos adversaires : si vous croyez que le mercure ne peut pas réussir dans les syphilides malignes, je suis

en droit de croire, avec MM. Diday et Dolbeau, que quand le mercure réussit, c'est que la syphilis est bénigne et qu'elle peut guérir seule. Mais je ne veux point me servir de cette riposte; je préfère vous donner un exemple de syphilide maligne précoce guérissant sans mercure.

T..., Marguerite, âgée de 19 ans, est entrée le 14 avril 1866 dans mon service, avec des chancres mous de la vulve et un bubon suppuré à gauche, plus une vaginite avec une ulcération du col. Cette malade était dans cet état depuis deux mois.

D'un tempérament scrofuleux, et ayant eu la variole dans sa jeunesse , elle portait des cicatrices très-marquées de scrofulides et de petite vérole. Soumises d'abord à des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc, les ulcérations ont promptement guéri, sauf celle du col; mais après deux mois de séjour à l'hôpital, une syphilide papuleuse généralisée est survenue, et était accompagnée de céphalée. La malade a été soumise au traitement tonique et réparateur : vin de quinquina, viandes rôties, 6 portions; poudre tonique contenant du fer réduit, de la poudre de cannelle et de la poudre de quinquina, de chacun, 0 gr. 50 centigrammes, puis, tous les quatre jours, la malade prenait un bain de sublimé et un bain sulfureux alternativement. Le 22 septembre, la malade sortait guérie et bien portante.

Le 22 novembre, la fille T... est rentrée dans mon service avec des ulcérations profondes des bras, de la face, du cou et du cuir chevelu, dont quelques-unes, recouvertes de croûtes verdâtres et du volume d'une pièce de 1 franc. Il n'y avait rien sur le corps et rien à la vulve; la malade était pâle et amaigrie. En un mot, la malade avait de l'ecthyma et arrivait aux accidents tertiaires de la syphilis.

Voici ce qui s'était passé dans l'intervalle des deux séjours à l'hôpital : la malade était allée dans un de ces asiles de charité où l'on tient des bonnes à la disposition du public. Dans ces établissements on travaille à la couture et l'on est nourri sobrement.

Toutes les ulcérations de la fille T... ont été cautérisées avec la solution de chlorure de zinc et pansées avec un linge enduit d'onguent de la mère, et recouvert d'un cataplasme. A l'intérieur il a été donné, tous les jours, une cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, du vin de quinquina, 125 gr.; de la poudre tonique ; pendant quelques jours l'iodure de fer a été remplacé par l'iodure de potassium, 0 gr. 50 centig. par jour.

La malade mangeait 6 portions et deux côtelettes. Elle a pris un bain sulfureux et un bain salé alternativement tous les quatre jours, dès que l'état des ulcérations de son corps l'a permis.

Au commencement de mars les ulcérations sont cicatrisées, la ma-

lade était encore à l'hôpital le 26 avril, ayant repris de l'embonpoint et de la fraîcheur de teint, et se disposant à quitter l'hôpital cette fois pour aller dans sa famille.

Ainsi en quatorze mois, et sans mercure, la malade est arrivée presque au même état que la domestique écossaise, et elle a guéri de même, en plus de temps, il est vrai; mais comme il faut tenir compte de tout, je dirai que la fille T... ne se soignait pas, que j'étais obligé de faire panser les plus petits ulcères par mes élèves. Enfin, que plusieurs fois cette malade, qui sortait toujours dans les cours, a eu de la diarrhée et des rhumes qui la forçaient de rester au lit et l'affaiblissaient.

Enfin, et pour ne rien négliger, j'ajouterai que, hors de l'hôpital, notre malade était allée dans une maison de charité dont le régime comparé à l'hygiène de mon service est peu réconfortant, les pensionnaires mangent peu de viande et boivent une eau à peine rougie; il y avait, chez ma malade, une anémie par défaut de réparation, et cet état demandait, pour être guéri, un certain temps.

Cette malade nous offre un cas de syphilis non contrariée par un traitement mercuriel qui guérit en proportion de l'expulsion progressive de la syphilis, et c'est ce fait que je voulais comparer à la domestique écossaise dont j'ai parlé plus haut.

En résumé, de ces faits il résulte que le traitement mercuriel n'a fait rien de plus que lo traitement tonique, qu'il retarde la marche de la syphilis, comme on le penso depuis Hunter qui le reconnaissait lui-même sans s'en rendre compte. Ce court examen des observations enfin prouve clairement que bien administré, et pendant longtemps, le mercure n'empêche pas l'arrivée des accidents tertiaires, et ne guérit pas la syphilis.

Il a été dit que le mercure faisait vite disparaître l'induration chancreuse; je puis citer des faits qui prouvent que le traitement par les cautérisations et les pommades telles que lo cérat et les glycérolés sans mercure produisent lo même résultat. J'ai, dans mon service, une malade qui est entrée avec un chancre induré de la lèvre supérieure, des plaques muqueuses à la vulve et une roséole papuleuse. J'ai cautérisé son chancre et je le lui ai pansé avec une pommade à l'onguent de la mère; j'ai cautérisé ses plaques muqueuses, et je lui ai donné des bains salés; en trois semaines, le chancre induré et les plaques muqueuses avaient disparu et la roséole était éteinte.

On a dit que le mercure faisait vite disparaître les éruptions, empêchait les syphilis de devenir graves. Je veux prendre ici des observations des autres comme je le faisais tout à l'heure. J'ouvre le rapport remarquable de M. Depaul sur les faits de syphilis vaccinale

observés dans le Morbihan. (*Bull. Acad. méd.*, 1866-67, t. 32, p. 201.) Je trouve deux séries de faits, l'une plus détaillée et que j'explore. Il se trouve que, sur 17 enfants vaccinés avec un même virus, 15 seulement ont eu la syphilis; sur ces 15 enfants, 12 ont été mis au traitement mercuriel depuis le début de la syphilis jusqu'au moment où M. Depaul a vu les enfants. Trois enfants n'ont suivi aucun traitement mercuriel. Chose bizarre, les trois enfants non traités ont, au moment où M. Depaul les examine, des accidents moins graves que ceux qui ont été traités.

Il y a de la roséole généralisée chez ceux qui sont mis au mercure, dans 7 cas sur douze; 1 fois sur 3 seulement, chez les enfants non traités.

Les trois enfants non traités par le mercure n'ont présenté que des indurations peu marquées; sur les 12 autres enfants, il y avait 5 indurations franches.

Il n'y a eu de plaques muqueuses évidentes que chez les enfants traités par le mercure.

Enfin, un malade n'aurait rien eu après avoir subi le traitement spécifique. Ici je crois fort qu'il s'agit d'un enfant qui, comme les deux autres, était rebelle à la syphilis. En effet, au moment où M. Depaul l'a vu, il ne présentait aucun vestige de syphilis.

Pour qu'il n'y ait aucun doute, messieurs, je lis devant vous le tableau de la maladie des deux enfants qui étaient les plus malades; un de ceux qui n'avaient fait aucun traitement, un de ceux que l'on avait soumis au traitement mercuriel.

« Marguerite T..., dix-neuf mois, non encore sevrée, vaccinée le 12 juin. Nous trouvons une seule cicatrice au bras gauche, reposant sur une base encore un peu indurée; de l'adénite axillaire du côté gauche seulement; quelques papules de roséole sur le tronc près de la hanche; quelques taches lenticulaires sur la poitrine et les membres inférieurs. Rien à l'anus et aux parties génitales. État général mauvais, dépérissement depuis la vaccination. Aucun traitement n'a été suivi. »

« Louise M..., sept ans. Une seule cicatrice sur le bras droit de couleur cuivrée et à base indurée. Adénite axillaire droite, seulement indolente; adénite cervicale postérieure des deux côtés. Amaigrissement considérable, roséole généralisée très-confluente. Rien aux parties génitales, amygdales gonflées (une plaque muqueuse sur chacune d'elles); rien à la tête ou aux parties génitales. Traitement spécifique depuis un mois. »

Cette comparaison dispense de tout commentaire. On ne saurait dire un instant avec M. Verneuil que le traitement mercuriel a pour propriété de faire déterger le chancre huntérien.

On a dit encore que l'iritis était moins fréquente, quand on traitait les malades par le mercure. J'invoquerai, outre une des observations que j'ai empruntées à la thèse de M. Dubuc, des faits de mon service. J'ai eu 2 iritis chez les 13 malades auxquels j'ai donné du mercure, et sur les 95 malades que j'ai traités par la simple médication tonique, je n'en ai vu que 5, et il est rentré depuis, dans mes salles, 2 malades traités sans mercure avec une iritis.

Enfin le mercure donné au moment de l'apparition d'un chancre induré empêche-t-il l'apparition des accidents secondaires? M. Diday dit que non, et il cite des faits.

Je veux bien que des individus ayant pris du mercure pour un chancre induré n'aient eu par la suite aucun autre accident, mais je pense que cela ne prouve rien. Il y a des malades dont toute la syphilis se borne à un chancre induré. Voici ce que j'ai vu chez mes malades : sur 7 chancres indurés, 2 n'ont été suivis d'aucun accident, et j'ai gardé los malades, l'une huit mois, l'autre six mois dans mon service. La première malade avait une paralysie hystérique qui a récidivé après le départ de l'hôpital, et la malade est revenue passer encore trois mois dans la salle de médecine, ne présentant pas traces de syphilis. Si dans ces deux cas le mercure avait été administré, on n'aurait pas manqué de dire que le mercure avait empêché la production des accidents secondaires, ou qu'il en avait retardé l'apparition. Vous voyez encore la valeur de ce dernier argument des partisans du mercure.

Examinons, messieurs, ce que vaut le mercure envisagé au point de vue de la physiologie pathologique de la syphilis, et avec les documents fournis à la thérapeutique par les recherches modernes.

Le mercure est depuis longtemps reconnu un médicament débilitant. Dans l'industrie des glaces on le classe comme poison, et nous savons les maladies que cause ce métalloïde.

Les livres de chimie, depuis Orfila, Mialbe et M. Trousseau, ainsi que M. Dolbeau vous l'a rappelé, enseignent que le mercure cause une anémie. Aujourd'hui l'on pense encore que le sérum du sang est altéré par le mercure, et l'on sait que le mercure cause la salivation et une stomatite, quelques auteurs vont même plus loin. L'action du mercure en dehors de toutes les suggestions de l'empirisme est donc une altération du sang.

J'ai entendu M. Verneuil dire que le mercure n'empêchait pas les malades de reprendre de l'embonpoint. Je n'ai pas vu cela, mais, sans vouloir constater une opposition plus grande entre l'opinion de M. Verneuil et la mienne, je dirai que j'arrive à rendre un solide embonpoint à la grande majorité de mes malades par le traitement

tonique simple. Comme les partisans du mercure donnent un traitement tonique en même temps que le mercure, je pense que la bonne nourriture et le bon régime atténuent les effets du mercure d'abord et qu'ils rendent ensuite l'embonpoint aux malades. Le mercure étant un altérant, il débilite, et la syphilis est une intoxication, une maladie qui débilite. Que les partisans du mercure le reconnaissent donc, ils admettent qu'ils intoxiquent lentement un malade intoxiqué, ils débilitent pour une maladie débilitante, et cette thérapeutique de la syphilis n'a d'analogue que les saignées ou la diète.

La nouvelle école thérapeutique, dont un des représentants les plus autorisés chez nous est le professeur Sée, envisage la syphilis comme une maladie néoplasique et le mercure comme un agent capable de détruire la tendance aux néoplasies. Il faut s'entendre; les néoplasies sont des choses connues mais autrement appelées; les inflammations sont devenues, grâce au néologisme allemand, des néoplasies, les diathèses sont devenues des maladies à néoplasies successives. Je ne m'arrêterai point à ces formes de langage, c'est une mode, passons. Il semble donc résulter que le mercure aurait une action pour arrêter les inflammations ou les poussées inflammatoires. Ceci, nous ne le nions pas plus que personne, mais je ne puis admettre une action élective du mercure pour paralyser les tendances aux néoplasies syphilitiques.

Oui, le mercure administré lentement arrête les néoplasies comme altérant, il les arrête comme la saignée, la diète et les purgatifs, mais il ne peut agir qu'autant qu'il débilite. Au moment où il ne débilite plus, son action est nulle. Quand il agit, que fait-il? Comme la saignée et la diète, il affaiblit l'économie tout entière, car s'il peut arrêter la nutrition au point où il y a une néoplasie avec un exsudat, il l'arrête aussi dans les organes sains.

Mais encore, pour que la théorie fût vraie, il faudrait prouver qu'au début la vérole est constituée par une tendance aux néoplasies et non par une intoxication. Il faudrait prouver que la syphilis est atténuée quand, comme le dit M. Virchow, on en a guéri les symptômes. Enfin, il faudrait prouver que les manifestations syphilitiques, dont on attribue la guérison au mercure, ne guérissent pas seules naturellement.

Toute mon argumentation a eu pour but de montrer qu'il était impossible de donner les deux dernières preuves.

La preuve de la nature néoplasique de la syphilis à son début ne peut exister par le fait même que la syphilis est reconnue comme une maladie virulente à marche chronique, un empoisonnement, ainsi que vous le disait tout à l'heure M. Velpeau.

Je termine par une profession de foi. J'aurais la syphilis, je ne prendrais pas de mercure; c'est ce qui vous explique pourquoi je n'en ai point donné à mes malades.

Dès le principe, d'après ce que j'ai vu et lu, j'ai douté du mercure, parce que j'ai comparé la vérole aux autres maladies virulentes, telles que la variole, la morve et l'infection purulente, parce que j'ai été persuadé que, dans les lésions de toute l'économie, du sang, pour mieux dire, aucun contre-poison spécifique ne pouvait guérir; M. Verneuil, lui aussi, a comparé la vérole aux empoisonnements et aux diathèses, et a dit qu'il fallait traiter la syphilis comme les empoisonnements. Je suis tout à fait de son avis; mais je veux être logique, et comme je ne connais aucun contre-poison qui agisse dans le sang sur le poison qu'il renferme, je ne crois pas à l'action spécifique du mercure contre la syphilis.

Les contre-poisons des corps toxiques n'agissent que dans l'estomac ou l'intestin, où ils neutralisent les poisons. Mais par exemple, lorsqu'il a été absorbé du phosphore, la craie, qui est si bonne quand le phosphore est encore dans l'estomac, devient tout à fait impuissante.

Je sais bien que l'on va me dire : Et l'opium dans le délirium tremens, et le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, et l'antagonisme de l'opium et de la belladone !

L'opium n'est point le contre-poison de l'alcool, il engourdit les malades pendant que ceux-ci expulsent, par les voies respiratoires, l'excès d'alcool qu'ils ont absorbé.

Le sulfate de quinine produit une perturbation momentanée, une action antipériodique, pendant que les malades éliminent lentement le miasme paludéen. Et cela est si vrai, que le sulfate de quinine est un antipériodique qui arrête le retour intermittent des névralgies et la succession régulière des arthrites du rhumatisme articulaire aigu.

La belladone combat les effets de l'opium, c'est vrai. Mais comment ? Parce que la belladone produit une perturbation opposée à celle de l'opium, comme le vomitif réveille les contractions stomacales paralysées par un excès d'aliments indigestes. Et l'on ne peut pas plus dire que la belladone soit le contre-poison spécifique de l'opium, que l'on ne doit admettre que l'ipéca soit le contre-poison spécifique de la mie de pain mal cuite.

A aucun égard le mercure ne saurait donc être reconnu comme un spécifique, si ce n'est toutefois à cause de sa propriété de produire la salivation, cet acte perturbateur depuis longtemps reconnu inutile pour le traitement de la syphilis.

De ce que la syphilis se gagne en secret, ce n'est pas une raison pour en faire une maladie singulière, au lieu d'une simple intoxica-

tion, débutant d'une façon variable et se manifestant ensuite comme une fièvre éruptive, et plus tard comme une diathèse, le scorbut et la scrofule.

Or la physiologie pathologique nous enseigne que les poisons introduits dans le sang causent une mort immédiate ou une lésion qui se révèle par des manifestations successives variables, ayant toutes pour caractère une tendance à une expulsion de produits altérés. Ainsi le pus des pustules varioleuses, des pustules farcineuses, des papulo-pustules iodiques, qui sort de l'économie comme s'il s'agissait de l'expulsion de corps étrangers, dont la chirurgie constate chaque jour l'élimination spontanée. L'antiquité appelait ces phénomènes des crises; vingt siècles après, nous les appelons des poussées. Ne nous préoccupons donc pas plus des éruptions syphilitiques que des éruptions de variole, de ces éruptions discrètes qu'on observe dans les infections, et joignons à un simple traitement topique local, un excellent régime, propre à soutenir la nutrition de l'individu pendant qu'il élimine ce qu'il y a eu en lui de contaminé par le virus syphilitique.

Ce traitement tonique et réparateur est depuis longtemps uni au traitement mercuriel. M. Diday a vanté ce traitement seul dans les cas de syphilis bénigne, je suis cette voie. Vous avez vu, par les observations que je vous ai lues, que je donne à mes malades de quoi réparer leur sang, une bonne nourriture, du fer, du quinquina, des alcalins, tels que : l'iodure de potassium, les bains salés; l'huile de foie de morue, commo agent nutritif plus que comme spécifique. Je baigne les malades pour entretenir les fonctions de leur peau, je leur recommande un peu d'exercice, et il en résulte que, dans mon service, mes malades, tout en étant au régime tonique, vivent de la vie de l'enfance, une bonne nourriture, beaucoup de sommeil et un exercice réparateur.

Les syphilis faibles sont traitées pendant trois mois, les syphilis fortes six mois et plus, et quand je vois mes malades reprendre un bon teint et de l'embonpoint, je les laisse partir en leur recommandant de suivre au dehors un régime et un genre de vie analogues à ceux qu'elles observaient à l'hôpital. Ce que j'ai vu jusqu'ici m'a affermi dans mes convictions. J'ai revu des malades un an après le traitement et qui étaient bien guéries.

J'ai vu aussi revenir des malades qui ont suivi régulièrement, à l'hôpital, un traitement de trois mois. Je ne m'en suis pas étonné. Il y a des malades qui, à peine sorties de l'hôpital, défont ce que j'ai fait, courent les bals et les mauvais lieux, ne prennent aucun soin, ou n'ont pas le moyen de manger une nourriture suffisante. Celles-là ont des récidives de plaques muqueuses pendant un temps indéfini.

D'autres malades ont des retours d'accidents plus graves, à cause de leur santé chétive, qui ne pouvait être rétablie en trois ou quatre mois. Et puis, s'il est des syphilides malignes pour ceux qui donnent du mercure, il en est aussi pour ceux qui n'en donnent pas. J'ai dans mon service, dans ce moment, une malade, qui passe depuis le 2 février par les syphilides secondaires, qui a en ce moment une choroïdite, et qui est longue à se débarrasser d'une poussée de syphilide papulo-squammeuse. Cette malade venait d'accoucher quand elle a gagné la syphilis, et j'explique aussi par les mauvaises conditions de cette femme, au moment de l'infection, la gravité de sa syphilis, qui toutefois ne guérira pas moins sans mercure.

Il reste, certes, un point obscur dans mon esprit, et je suis obligé d'avouer que je donnerais plus de force à mon argumentation, si je pouvais dire quelle est la durée de la syphilis; combien un individu peut mettre de temps à réparer son sang, à éliminer tout ce que ce dernier renferme de mauvais; combien il faut de temps au sang pour reconquérir les qualités de la santé. Mais on ne peut tout savoir à la fois, et j'espère qu'un jour viendra où on le saura, même en tenant compte des conditions individuelles. On sait presque combien de temps met à guérir la scrofule, cette maladie qui a de si profondes analogies avec la syphilis. En effet, quand, après de l'impétigo, des maux d'yeux et des adénites ou après des périostoses (lésions que M. Bazin a si bien appelées des gommes scrofuleuses) ; quand les périostoses ont guéri, si les enfants continuent à prendre des toniques, à habiter un endroit aéré, la guérison se maintient. Combien n'avons-nous pas vu d'ailleurs d'individus déjà âgés, couverts de cicatrices qui ont été le résultat de lésions multiples entre l'âge de 7 et 11 ans, et qui n'ont eu, dans toute leur vie, aucune autre manifestation de la scrofule! Combien n'en avons-nous pas même vu, en comparaison de ceux qui sont scrofuleux et misérables à la fois, et chez qui la phthisie pulmonaire et les tumeurs blanches terminent une vie minée par la misère autant que par la scrofule!

Pour me résumer, je ne dirai pas avec Massa, puis Ritter et tant d'autres au siècle dernier, avec Gauthier (de Lyon), qui, depuis 1843, a ouvert la voie aux syphiliographes de l'école lyonnaise, et avec MM. Diday et Hermann (de Vienne), que le mercure cause une aggravation de la syphilis, une hydrargyrie qui double la syphilis. Cela peut être dans certains cas, mais il y a exagération, car si la liqueur de Van Swieten, les frictions mercurielles, sont dangereuses, le proto-iodure, tel que le donne le maître, en fait de syphilis, M. Ricord, est moins redoutable. Tout dépend d'ailleurs de la dose à laquelle est donné le médicament.

Je crois que le traitement tonique est le traitement physiologique de la syphilis, que les traitements mercuriels qui réussissent, sont ceux que l'on associe à un très-bon régime tonique, qui est alors seul véritablement efficace.

Jusqu'à ce qu'il me soit démontré par des observations, par des statistiques bien faites et qui renversent les nôtres, que le mercure qui, dans certains cas, produit si vite la salivation, agit aussi promptement sur les accidents syphilitiques généraux ; que le mercure atténue mieux toute espèce de syphilis que la médication tonique et reconstituante, je dirai : les médecins ont prescrit le mercure en copiant Rhasès, qui le donnait dans l'impétigo ; ils raisonnent d'après l'hypothèse non justifiée de Swediaur (la possibilité du mélange du mercure avec le venin dans le sang, et une action chimique directe sur le venin); ils suivent une tradition par habitude, oubliant les tendances qui, depuis quatre siècles, s'opposent à l'administration du mercure ; Van Swieten, condamnant les frictions mercurielles et les salivations provoquées préconisées par Boerhaave; l'école de Montpellier, cherchant à pallier les effets du mercure en proportion des excès d'action débilitante de ce médicament; Hunter même et M. Diday, montrant que des syphilis peuvent guérir seules. Quant à nous, qui parlons après ceux-ci, nous ne croyons pas qu'un médicament empirique, n'agissant pas à volonté et devant l'expérience journalière pour arrêter la syphilis, puisse être un contre-poison spécifique de la vérole, nous jugeons inutile d'employer, dans les infections, un médicament qui fait corps étranger dans le sang, ne s'assimile à aucune humeur et qui, lorsqu'il n'exerce point sur la bouche une action perturbatrice fâcheuse, ne sollicite ni ne suspend l'exercice régulier d'aucune fonction.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 22 MAI 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

— **M. LE SECRÉTAIRE** donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur d'informer la Société que nous avons eu la douleur de perdre notre président, M. Follin.

Suivant les usages académiques, je crois devoir lever la séance.

La séance est levée.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 29 MAI 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Description de la voiture et wagons hôpital, des cacolets et brancards pour le transport des blessés et malades, particulièrement en guerre, construits d'après les indications du docteur Bertani, par Al. Locati, de Turin.

Anatomie et physiologie du poumon, par le docteur Psort, avec figures dans le texte ;

Encore quelques mots sur la contagion du choléra épidémique, par V. Seux, de Marseille ;

Bulletin de la Société de médecine pratique, année 1866 ;

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris, année 1865 ;

Della compressione e di altri mezzi chirurgici adoperati nella cura di varii esterni anevrismi nel corce di oltre 30 anni, par Francesco Rizzoli, de Bologne.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bonnafont, médecin principal en retraite, sur le traitement de la syphilis. La Société décide que ce travail sera déposé honorablement aux archives et qu'un extrait sera publié dans le *Bulletin.*

« La question du traitement de la syphilis intéresse la science et l'humanité tout entière. Je ferai donc connaître les observations que j'ai pu faire dans le cours de ma longue pratique dans la médecine militaire.

Jetons d'abord un coup d'œil rétrospectif sur les différentes phases qu'a subi le traitement mercuriel depuis son origine.

Quelques années avant 1496, la vérole faisait des ravages effrayants que n'arrêtaient ni les dépuratifs, ni les purgatifs, ni les altérants. D'une autre part, le mercure était employé depuis un siècle environ contre les maladies de la peau, la gale surtout ; or un médecin dont le nom est resté inconnu, considérant la vérole comme une maladie cutanée, eut l'idée de lui opposer ce remède.

Les résultats furent prodigieux, aussi l'emploi du mercure devint général et, malgré de nombreux échecs, ne rencontra point d'opposition pendant deux siècles. Mais la manière abusive et souvent défectueuse dont il était administré lui suscitèrent des adversaires acharnés. En 1782, Stanislas Mittié voulut le remplacer par une médication purement végétale, dénonça à la commune de Paris les accidents qu'il produisait.

En 1812, même proscription ; survint alors le règne de la médecine physiologique. Les chirurgiens militaires, Desruelles en tête, rejetèrent le mercure et lui substituèrent le traitement antiphlogistique qui, pendant plusieurs années, fut appliqué d'une manière exclusive au Val-de-Grâce, excepté par le vénérable Gama, qui n'adoptait pas entièrement les idées nouvelles, et donnait encore du mercure à l'intérieur.

Les idées de Desruelles firent de nombreux prosélytes en France et à l'étranger, surtout en Suède et en Norwége ; toutefois elles ne furent point adoptées à l'hôpital des Capucins.

Prosecteur de Desruelles, j'embrassai sa doctrine avec enthousiame ; en 1830, je fus envoyé en Afrique et chargé comme aide-major du service des vénériens de l'hôpital du Dey, service important qui renfermait toujours de 150 à 200 malades.

Pendant les trois premiers mois, les résultats parurent si satisfaisants que j'en informai mon maître, mais ils devinrent dans la suite moins favorables, et je constatai dans le trimestre suivant un grand nombre de rechutes qui ébranlèrent mes convictions.

Avant de modifier ma pratique je voulus expérimenter ; la moitié des malades fut soumise au traitement antiphlogistique, l'autre moitié à l'usage des pilules de Dupuytren.

Des notes exactes furent prises et par moi et par les chirurgiens des corps. Cinq ou six mois suffirent pour nous éclairer et nous apprendre qu'avec le traitement spécifique, la durée du séjour à l'hôpital était d'un quart moins longue et les récidives de moitié moins nombreuses.

Partout où les mêmes expériences ont été répétées, elles ont donné

le même résultat aussi bien en Suède, en Norwége qu'en Allemagne et en Danemark, ce que m'a récemment confirmé le docteur Saxtoph, conseiller d'État. Tous ceux qui avaient adopté d'abord la méthode de Desruelles en sont revenus au traitement mercuriel.

J'adopte complétement les conclusions que vient de formuler M. Verneuil, et vais même plus loin que lui. Considérant d'une part l'innocuïté du mercure bien administré, et de l'autre la difficulté fréquente de distinguer l'ulcère infectant de celui qui ne l'est pas, j'ai toujours préféré administrer le mercure aux malades qui, à la rigueur, auraient pu s'en passer, que d'y soustraire ceux chez lesquels il pouvait être rigoureusement indiqué ; de nombreux exemples d'accidents résultant d'erreurs commises par des praticiens honorables, moins affermis dans cette manière de voir. »

2° Une observation d'éléphantiasis du scrotum, opéré avec succès, par M. le docteur Bétaniée, de Porto-Rico. Une photographie est jointe à l'observation. (Déposé aux archives.)

3° Observation de coxalgie avec pièce anatomique, par M. Henry Bonnet, médecin en chef à l'asile de Maréville. (Commissaire : M. Depaul.)

COMMUNICATIONS.

M. AUBRÉ (de Rennes) donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Luxation latérale externe du coude*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Tillaux.)

Nouveau procédé pour l'opération de l'ongle incarné.

M. LEROY D'ÉTIOLLES donne la description d'un procédé opératoire imaginé par son père et destiné à obtenir la cure radicale de l'ongle incarné. Il soumet à l'examen de la Société un malade qui a été opéré il y a plusieurs semaines.

M. LE PRÉSIDENT. J'ai l'honneur d'informer la Société qu'elle a été représentée, aux obsèques de M. Follin, par les membres du bureau et par un grand nombre de nos collègues.

J'invite M. le secrétaire général à donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie.

Messieurs,

« Eugène Follin, président de la Société de chirurgie, vient de mourir.

« La Société de chirurgie, au nom de laquelle je prends la parole en ce triste moment, est plus que personne en mesure do

comprendre l'étendue de la perte que vient de faire la science française.

« Il y a quinze ans, ses travaux étaient dédaignés ou à peine connus, on lui refusait alors ce que personne ne songe à lui contester aujourd'hui, une influence légitime sur les tendances et les progrès de la chirurgie contemporaine. Dès 1852 cependant, Follin, pressentant avec sa perspicacité précoce l'avenir brillant réservé à vos efforts, se présentait à vos suffrages; ne pouvant compter parmi les membres fondateurs, il voulait du moins être un ouvrier des premières heures. Les portes s'ouvrirent largement, car, de votre côté, vous aviez deviné dans le simple prosecteur d'alors un de ces hommes d'élite qui font l'honneur et la force des associations scientifiques qui savent les appeler à temps. Vous n'eûtes qu'à vous applaudir de votre choix, car depuis cette époque, et avec un zèle qui ne s'est jamais démenti, notre regretté collègue a pris sans cesse une part active à votre œuvre, comme le prouverait un simple coup d'œil jeté sur nos publications.

« Là même on suivrait aisément la trace de ces métamorphoses que subissent dans notre pays, ennemi de la spécialisation, la plupart des savants qui, d'étapes en étapes, arrivent à être les premiers praticiens du monde sans oublier jamais les fécondes études de l'amphithéâtre, du laboratoire, de la bibliothèque et de l'hôpital.

« En ce temps-là, Follin, presque élève encore, venait siéger à côté de ses maîtres, mais grâce à la puissance de son esprit, et à l'opiniâtreté de son travail, les distances furent rapidement effacées, et bientôt il fut traité par vous comme un égal, et vous eûtes raison, car pour les intelligences de cette portée la maturité vient vite : l'arbre portant à la fois les fleurs de la jeunesse et les fruits de l'âge viril.

« Lorsqu'il entra dans vos rangs, Follin avait déjà payé un large tribut aux sciences qui préparent à l'exercice difficile de notre art; il s'était montré anatomiste consommé, expérimentateur ingénieux, opérateur habile. Tout ce que le scalpel peut apprendre, il le savait; l'histologie venait, avec Lebert et Robin, de s'introduire dans le programme de nos études, il y excella tout aussitôt, et prit part à la grande révolution que le microscope allait opérer dans l'histoire anatomique et clinique des productions accidentelles. Il connaissait à fond l'art difficile d'interroger l'homme souffrant et de recueillir au lit du malade ces observations précieuses qui constituent pour la pathologie la base la plus solide; une immense lecture lui avait fourni les matériaux d'une vaste érudition, et jusqu'à la pathologie comparée, il avait tout abordé et presque tout approfondi. L'année même

où vous l'admettiez, il était nommé agrégé en chirurgie et chirurgien du Bureau central, triple triomphe attendu, mérité, auquel tout le monde applaudit; triple tribune pour faire voir ce qu'il savait, ce qu'il valait.

« Follin n'avait pas encore trente ans, sa constitution paraissait excellente, son intelligence infatigable, les nécessités pécuniaires ne menaçaient point d'entraver sa marche, il avait des amis nombreux et dévoués parmi les puissants et parmi ses émules; son caractère loyal et indépendant lui valait déjà cette estime, cette considération qu'on n'accorde en général qu'à l'âge mûr; possédant sur lui-même et sur ses actes un empire absolu, sachant à propos ou parler ou se taire, il unissait la circonspection à la franchise, la finesse à la fermeté; il se laissait guider par des principes droits, simples et sûrs dont il ne faisait point étalage, aussi jamais une démarche hasardeuse, jamais de fausse route, jamais de pas perdus, ni de retraite nécessaire, en un mot, chose bien rare, il possédait dès son entrée dans la vie sérieuse le calme de la force, la sérénité de la philosophie et l'expérience de la sagesse.

« Grâce à ces dons précieux, il n'y avait à l'horizon point de nuages, et sur la route future ni ronces, ni barrières. Aussi grandissait-il sans cesse, et parvenait-il sans secousse au premier rang.

« Toutes les qualités de l'homme se retrouvaient dans le savant et le praticien. La parole est brillante, rapide, mais peu sûre, parfois elle s'élance au delà ou reste en deçà de la pensée; elle peut, par conséquent, la trahir ou la défigurer. La plume est plus fidèle; Follin s'en servait admirablement; son style est aussi remarquable par la lucidité que par la solidité; l'élégance, l'esprit, la couleur, n'y font point défaut, et je pourrais citer plus d'un morceau de critique ou de polémique plein de sel attique ou de verve gauloise, de raillerie fine ou d'ironie mordante, que ne désavoueraient par les maîtres les plus exercés dans notre belle langue. On reconnaissait dans ce style sobre et nourri l'écho d'une éducation classique très-forte, incessamment entretenue par des études littéraires que notre ami n'abandonna jamais. Ses tendances scientifiques ne sont pas moins remarquables. Naturellement il mettait au premier rang la vérité et l'exactitude, qui, dans l'espèce, ne sont que des formes de la probité et de la droiture; il professait avant tout le culte des faits précis et de l'observation rigoureuse; son esprit sagace et positif était rebelle à l'hypothèse incertaine et aux idées spéculatives. Le progrès futur étant une conséquence nécessaire du progrès passé, il savait bien que l'avenir nous prépare des surprises et recèle mainte vérité encore entourée

de brouillards, mais aussi il savait attendre, et se défiait des généralisations prématurées; le plus souvent il tentait lui-même de pénétrer les ténèbres. On constate, en effet, dans ses travaux, une propension très-marquée à chercher le nouveau, et une aptitude décidée à l'initiative et au mouvement. Sentinelle vigilante, très au courant de la littérature française et étrangère, il guettait, en quelque sorte, et arrêtait au passage toutes les découvertes et innovations dignes de quelque attention. La chose tout aussitôt était examinée, expérimentée, appréciée, jugée avec l'aide d'un bon sens incomparable et le secours de la meilleure méthode scientifique, c'est ainsi qu'il a inséré dans les *Archives de médecine* et ailleurs une foule de verdicts qui, jusqu'à nouvel ordre, conservent force de loi.

« Je pourrais citer vingt exemples prouvant que Follin était un esprit original et inventif en même temps qu'un vulgarisateur éclairé.

« Pour poser sa candidature à la Société de chirurgie, il vous présentait ses recherches sur l'examen des milieux de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope; le premier en France il avait compris la valeur de l'instrument d'Helmholtz et l'avait même perfectionné. Vous savez quel immense profit en a depuis tiré la chirurgie oculaire.

« Les Américains nous apportent un excellent procédé pour la guérison de la fistule vésico-vaginale : aussitôt les *Archives de médecine* publient avec des faits inédits la description claire et complète de l'opération nouvelle.

« Les résections renaissent partout autour de nous, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, Follin les étudie et les pratique; il en discute les indications et les contre-indications.

« Les doctrines syphilitiques sont soumises à une révision radicale; le vieil édifice croule et s'effondre, nouvelle occasion pour notre collègue de montrer son judicieux esprit; il écrit dans son livre un long article sur les maladies vénériennes, et y juge magistralement les dogmes nouveaux.

« Je puis l'affirmer sans crainte d'être contredit, il n'est pas un seul point à l'ordre du jour que Follin n'ait contribué à éclairer par ses recherches propres ou par ses appréciations. Bien des fois nous avons profité des ressources inépuisables de son érudition et de son jugement, et vous savez de quel poids son opinion pesait dans nos débats, lorsque ceux-ci portaient sur des sujets litigieux ou nouveaux.

« Presque tous nous avons vu Follin à l'œuvre, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle privée; il offrait le type accompli du praticien

doublé du savant. Chaque acte de sa main, chaque décision de son esprit traduisaient son instruction profonde; il appartenait d'ailleurs à cette école, enfin victorieuse aujourd'hui, qui respecte avant tout la vie et l'avenir d'autrui, et subordonne sans regret l'intérêt de la science et l'intérêt personnel à celui du malade; point de témérité, point de timidité, partout et toujours la juste mesure dans l'action et dans l'abstention.

« En traçant le court panégyrique que vous venez d'entendre, j'ai la conscience de n'avoir rien exagéré; en toute sincérité cette belle médaille n'avait point de revers, et nulle part je n'aperçois d'ombre au tableau. Par le chemin franchi en si peu d'années vous pouvez comprendre quelle brillante carrière eût parcourue Follin, si de plus longs jours lui avaient été répartis par le sort. Peut-être, après avoir payé à cette chère mémoire un juste tribut de regrets, pourrait-on penser qu'après tout la science est un arbre vigoureux qui, trouvant dans notre patrie un sol fécond, remplacera sans peine la branche brisée par une autre branche aussi robuste; ce serait une erreur, les hommes de cette trempe sont rares dans tous les pays, et à toutes les époques, bien des générations s'épuisent sans en produire de pareils. Les connaissances humaines sont d'ailleurs si multiples qu'il n'est accordé à chaque profession qu'une part restreinte dans la répartition des grandes intelligences. Dans l'amphithéâtre de la science les bancs sont inégalement remplis; au bas la foule est compacte, un vide est bientôt comblé, au sommet quelques individualités puissantes sont assises, largement espacées; si l'une d'elles s'éteint, la couronne perd un de ses fleurons. Oui, les pertes de ce genre sont irréparables, et je me refuse à croire quo la science chirurgicale n'aurait point souffert si Ambroise Paré, J. L. Petit, Boyer et tant d'autres vieillards illustres avaient péri à l'âge de Follin.

« N'oublions pas que, dans un total, toute unité qui disparaît amène un déficit certain. Sans doute, l'accomplissement définitif du grand œuvre se fera dans le temps, mais à coup sûr le retard est inévitable.

« Messieurs, c'est jusqu'ici le secrétaire général de la Société de chirurgie qui vous a parlé, c'est l'homme public qu'il a voulu faire connaître. Que vous dirais-je, si j'exprimais comme ami mes louanges et mes regrets? Depuis 1846 (les affections de vingt ans sont encore rares à mon âge) je n'ai point quitté Follin; nous avons vécu dans l'intimité cordiale des hôpitaux et de l'École pratique, nous avons suivi la même voie, soutenu les mêmes luttes, affronté les mêmes obstacles; jamais un nuage n'a passé entre nous; j'ai pu juger tous les trésors de cette noble nature, sonder tous les replis de ce cœur

bienveillant. Moins avancé que lui dans la carrière, que de fois j'ai profité de ses conseils et de son exemple ! combien souvent il m'a encouragé dans les moments où je me sentais faiblir !

« Quand on a traversé de concert et en s'appuyant l'un sur l'autre les épreuves de la jeunesse, et quand on a touché le port, on s'attend bien à vieillir ensemble et à descendre du même pas dans la tombe. Quel étonnement, quelle douleur de voir la mort vous trahir quand l'amitié vous a toujours été fidèle, et de garder toujours près de soi une place qui ne sera plus occupée. Il y a vingt ans, gaiement nous partions trois à la poursuite de la gloire, réunis d'abord par le hasard, bientôt associés pour la vie par une similitude complète d'idées et de tendances. Aujourd'hui, le faisceau est rompu, Broca seul me reste. Il nous faudra bien mourir à notre tour ; que le sort m'épargne du moins la douleur de survivre seul à mes plus sincères, à mes plus durables amitiés. »

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DEPAUL. Le traitement mercuriel administré contre les accidents syphilitiques, a rencontré, dans la Société de chirurgie, plusieurs adversaires.

En entendant le rapport de notre collègue M. Dolbeau, j'avais été surpris de l'exclusion dont il semblait vouloir frapper le mercure dans le traitement de la syphilis. Depuis, notre collègue m'a paru avoir quelque peu adouci la rigueur de ses conclusions ; je n'ai donc point d'objection à lui adresser.

Quant à M. Perrin, qui est lui-même un adversaire du mercure, quoique à un degré différent de M. Dolbeau, je lui dirai que jamais personne n'a cru au traitement préventif de la vérole.

M. Perrin conclut de ses expériences que l'emploi des mercuriaux abrége la durée de la syphilis; j'avoue que je ne comprends pas bien ce que cela veut dire, mais je n'insisterai pas, car ce ne sont là que des nuances, et je n'ai pris la parole que parce qu'il s'est trouvé ici un adversaire déclaré et exclusif du mercure. M. Després a des convictions très-absolues ; il n'hésite point à dire que le mercure est inutile et même dangereux à toutes les périodes de la syphilis. Je crois faire acte de bon médecin en m'opposant de toutes mes forces à la propagation d'idées que je crois funestes.

J'arrive aux arguments de M. Després. Notre collègue parle d'abord d'une statistique qu'il a dressée pendant les dix-huit mois qu'il a exercé à l'hôpital de Lourcine. Il a observé 234 malades ; les unes avaient subi ailleurs le traitement mercuriel, les autres étaient sou-

mises à l'expectation. M. Després déclare que les résultats ont été plus satisfaisants chez les malades non traitées.

Pour faire une bonne statistique, il est nécessaire de fournir des observations rigoureuses. M. Després a omis d'apporter les siennes, et je déclare que, dans tous les cas, elles seraient insuffisantes. M. Després s'en est rapporté aux renseignements qui lui ont été donnés par les malades elles-mêmes; il ne sait point quand et comment avait été administré le mercure, il ignore la durée du traitement.

Nous savons tous que beaucoup de malades sont traités de leur vérole d'une manière très-défectueuse; il faut, pour juger le traitement mercuriel, avoir administré convenablement le médicament, il faut aussi avoir suivi longtemps les malades. Tous ces éléments manquent évidemment à M. Després. Notre collègue s'est contenté, dit-il, pour guérir la syphilis, de l'emploi d'un traitement qu'il désigne sous le nom de tonique et réparateur ; nous savons tous à quoi nous en tenir à ce sujet; le régime des hôpitaux est loin d'être aussi succulent que le ferait supposer l'épithète pompeuse qu'emploie M. Després. Les malades ainsi traitées sont sorties, après quelques semaines de séjour à l'hôpital; les accidents avaient disparu; on les déclare guéries. Je vais vous démontrer qu'il n'en est rien. Je vous citerai par exemple l'observation d'une femme, qui, après avoir été soignée par M. Després, s'est fait admettre ensuite dans le service d'accouchements de la Clinique. Lorsqu'elle entra chez M. Després, cette jeune femme était grosse de quatre ou cinq mois; elle fut renvoyée guérie après un mois de traitement; quinze jours après, elle entrait à la Clinique, et je constatai l'existence de plaques muqueuses énormes. Depuis, cette femme est accouchée d'un enfant mort et macéré; nous avons estimé que la mort de l'enfant remontait à douze ou quatorze jours. Ce fait soulève une question grave; en effet, l'enfant vivait lorsque la jeune femme a été soignée par M. Després, et j'espère lui démontrer que ce même enfant eût vécu si l'on eût administré du mercure à sa mère.

Ainsi, je dis que M. Després ne connaît point assez les antécédents de ses malades pour déclarer que le mercure a été administré inutilement; de plus, je viens de vous montrer comment se trouvent les malades que M. Després déclare avoir guéries.

M. Després a parlé ici du rapport que j'ai présenté à l'Académie, relativement à des faits de syphilis vaccinale. Notre collègue dit qu'il résulte de mes observations que les enfants non traités auraient présenté des accidents moins graves que ceux auxquels le mercure avait été administré. Tout cela s'explique lorsqu'on veut bien se rappeler

que la syphilis a une intensité qui varie suivant les conditions de santé des individus qui sont infectés.

M. Després nous a fourni une statistique qu'il a dressée à l'hôpital Saint-Louis. A ce sujet je répéterai ce que j'ai déjà dit pour la statistique venant de Lourcine; notre collègue attache trop d'importance à ce quo lui disent les malades; ce ne sont pas là des observations sérieuses, et quand M. Després conclut que le mercure est insuffisant, je crois qu'il n'est pas fondé dans ses raisons.

On a parlé d'un malade qui avait pris 500 pilules; jo serais disposé à croire que, si cet individu n'a point guéri, c'est peut-être parce qu'il avait pris trop de mercure.

M. Després a défendu ici une vieille théorie qui consiste à admettre que les différentes manifestations de la syphilis sont le résultat d'efforts salutaires que la nature ferait pour débarrasser l'organisme ; de là cette conclusion, qu'il faut se contenter, pour guérir les malades, d'employer le traitement tonique et réparateur. Cette théorie attend encore une demonstration, et cela serait-il, qu'il serait fautif de laisser faire la nature. Abandonnez les malades et ils perdront le nez; vous verrez le voile du palais et la voûte palatine se perforer, etc.

Des expériences récentes n'ont point confirmé cette autre théorie, dans laquelle on admet que le mercure fluidifie le sang, fait diminuer la quantité de fibrine; on sait, d'une manière certaine, que le mercure agit d'une façon toute spéciale sur les productions pathologiques de la syphilis: il fait disparaître les néoplasmes.

Je pourrais encore citer, en faveur du traitement mercuriel, la guérison rapide de certaines céphalées persistantes, la disparition de tumeurs multiples de la langue, etc. Je crois que l'expérience démontre que le mercure est un des agents les plus certains de la thérapeutique.

J'arrive maintenant, messieurs, à ce qui concerne le traitement de la syphilis chez les femmes grosses et chez les enfants nouveau-nés.

Je vais supposer un certain nombre de cas qui rappellent bien ce qui se passe habituellement dans la pratique.

Un premier cas est le suivant : une femme a eu la syphilis il y a longtemps; elle devient grosse, voici ce qui peut survenir. La femme peut aller jusqu'à son terme et mettre au monde un enfant sain, quoique ce soit l'exception. Plus souvent la grossesse est interrompue par la mort du fœtus, et la femme accouche d'un enfant mort depuis un temps variable. Parfois l'enfant peut naître vivant, mais il présente des accidents syphilitiques. En vue de toutes ces terminaisons, on consulte le médecin.

Si, dans ces conditions, on administre le mercure, la grossesse sui

son cours, et c'est ainsi que l'on a vu des femmes mettre au monde un enfant vivant après avoir fait antérieurement deux, trois et jusqu'à cinq fausses couches. Des faits analogues ont été observés par tous les praticiens, et ce serait nier l'évidence que de se refuser à reconnaître l'efficacité du traitement mercuriel.

D'autres fois, voici comment le problème se pose : une femme bien portante devient enceinte; pendant le cours de cette grossesse elle contracte la syphilis. L'expérience m'a démontré que l'enfant subissait d'autant plus l'action de la syphilis que l'infection de la mère était de date récente ; plus la syphilis est ancienne et plus il y a de chance pour que l'enfant échappe à l'influence du virus.

Si l'on administre le mercure dans les cas de syphilis récente, le résultat est certain, l'enfant viendra vivant. Je réponds donc par l'affirmative à cette question que l'on nous adresse : Faut-il administrer le traitement mercuriel aux femmes enceintes ?

Quant aux enfants syphilitiques, il faut également les traiter; on peut même dire que le mercure agit dans ces cas d'une façon presque merveilleuse. Il y a deux ans, à la suite d'une vaccination malheureuse, sept enfants furent infectés; tous furent traités pendant six semaines, deux mois, et tous ont guéri ; depuis, deux ont succombé à des maladies intercurrentes. En présence de faits semblables, il n'est pas possible de mettre en doute l'utilité de la médication.

Je termine ce que j'avais à dire par les propositions suivantes : Les statistiques présentées par M. Desprès sont sans valeur; les faits les plus avérés témoignent en faveur du traitement mercuriel administré dans toutes les conditions où peuvent se trouver les syphilitiques. Jusqu'à nouvel ordre, le régime et la bonne hygiène ne peuvent être considérés comme suffisants pour obtenir la guérison de la vérole. On observe certainement des guérisons spontanées; mais en s'abstenant du traitement on fait courir aux malades de graves dangers. Le mercure n'est point un spécifique, mais c'est le meilleur moyen de combattre la syphilis; il suffit de l'employer convenablement.

M. DESPRÉS. Je répondrai longuement à l'argumentation de M. Depaul quand le moment en sera venu ; pour l'instant j'émets le regret que M. Depaul n'ait pu prendre connaissance de mon discours. Ce que j'appelle le traitement tonique et réparateur est tout autre chose que ce que pense notre collègue. Je ferai en plus observer que M. Depaul s'est contenté de fournir une seule observation, tandis que mon travail renferme l'analyse de cent cas.

M. PANAS. Dans une question aussi grave que celle qui nous occupe en ce moment, je considère qu'il est du devoir de chacun de nous de venir exposer ce qu'il sait. M. Desprès a parlé de l'hôpital de

Lourcine, et je me suis trouvé mis en cause. J'ai pu suivre la pratique de notre collègue, et je dois dire que les faits ne me paraissent pas aussi probants qu'à lui. Le plus grand nombre des syphilitiques prend du mercure ; c'est exceptionnellement que les malades sont soumis à l'expectation ; il est donc tout naturel que M. Després ait observé des récidives, surtout parmi les individus qui avaient pris antérieurement des préparations mercurielles.

Ce qui m'a frappé personnellement, ce ne sont pas les récidives, car on les observe après tous les traitements, mais c'est la rapidité relative de la rechute pour los malades soumis à l'expectation.

Nous sommes presque tous d'accord sur l'influence des mercuriaux. Je vais cependant entrer dans quelques détails qui résultent d'une expérience personnelle déjà assez ancienne. On a parlé du traitement préventif ; c'est là une mauvaise expression, mais nous savons tous ce que cela veut dire. Empêche-t-on l'évolution de la syphilis en administrant le mercure dès l'apparition du chancre ?

J'ai recueilli quarante observations, et ma conclusion est que le traitement mercuriel n'empêche pas les manifestations de se produire ; je ne crois même pas que ces manifestations soient retardées par le traitement mercuriel. On dit que le traitement diminue l'intensité de la syphilis ; la démonstration est d'autant plus difficile qu'il y a certainement des syphilis d'une intensité différente.

J'ai en moyenne administré le proto-iodure trente jours avant l'apparition des accidents secondaires, et je n'ai rien obtenu de ce traitement hâtif ; peut-être intervenons-nous trop tard, je n'en sais rien, mais je veux rester dans le doute sur cette question du traitement préventif.

J'aborde une autre question. Les poussées successives de la maladie, l'apparition d'accidents, même pendant la durée du traitement, démontre bien que la syphilis n'est pas jugulée par le mercure ; mais dans la période qui sépare le chancre des accidents secondaires, on observe certains phénomènes prodromiques de la vérole, ce sont les céphalées, la fièvre, les douleurs rhumatoïdes, etc. Ces accidents méritent d'être traités, et je déclare que le mercure a beaucoup de prise, c'est même la raison qui me fait administrer ce médicament dès le début. Cette proposition est contraire à ce que professe M. Diday ; sur 35 malades que j'ai traités, 2 seulement n'ont point éprouvé d'amélioration ; mais ce qu'on n'avait pas obtenu par le mercure, a été acquis grâce à l'iodure de potassium.

Passons maintenant au traitement de la syphilis confirmée. Je déclare que je n'ai été satisfait ni par le proto-iodure, ni par le sublimé ; j'ai vu des malades chez lesquels les récidives se succédaient d'une

manière désespérante, si bien que ma première conclusion fut celle-ci : le mercure n'agit point ou il est mal administré. J'ai soigné avec M. Ricord un individu atteint de plaques muqueuses de la gorge : le proto-iodure, administré pendant deux mois, fit disparaître ces accidents, mais ils reparurent bientôt et furent combattus par l'emploi des pilules de Dupuytren pendant encore deux mois. Les plaques muqueuses persistaient ; c'était en hiver ; nous conseillâmes les pays chauds et le malade partit. Pendant trois autres mois les mercuriaux furent régulièrement employés et cependant sans résultat. Découragé, notre malade songe à revenir ; il passe par Vienne et vingt frictions mercurielles suffisent pour le guérir.

J'avais été frappé par ce premier fait ; un autre malade, qui avait subi sans succès quatre mois de traitement mercuriel suivi d'une saison à Aix, fut guéri après vingt frictions. Déjà M. Perrin a insisté sur la valeur des frictions mercurielles ; mais je déclare qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre cette médication et celles qu'on administre par la voie buccale. Je donne ici le résultat de mes observations : les frictions ont seules été employées, j'ai eu soin d'éloigner toute espèce de topiques, et à ce sujet je dirai que M. Després, loin d'employer seul le traitement tonique et réparateur, y joignait les bains de sublimé.

Trente-neuf malades, traités par les frictions mercurielles, peuvent être groupés de la façon suivante : syphilis de une à trois années de durée, 4 malades ; syphilis de cinq à douze mois de date, 11 malades ; syphilis de un à cinq mois de date, 24 malades. Voici les résultats : pour la première catégorie une moyenne de dix-neuf frictions a suffi pour obtenir une guérison survenue, en moyenne, au bout de vingt-six jours. Les malades de la deuxième catégorie, après une moyenne de dix-neuf frictions, ont guéri en treize jours. Enfin les malades de la troisième catégorie ont également guéri en treize jours après une moyenne de dix-huit frictions.

Ces faits témoignent en faveur de la puissance d'action des frictions mercurielles ; on peut également en tirer cette conclusion que, plus les plaques muqueuses sont de date ancienne, plus elles guérissent vite, ce qui semblerait démontrer que le virus syphilitique va s'épuisant avec le temps.

On a formulé quelques objections contre le traitement par les frictions. On peut facilement éviter de souiller le linge ; quant à la stomatite, elle est rare, et quand on l'observe, elle est ordinairement légère. Sur mes 39 malades, dix-sept stomatites ont été constatées, c'est-à-dire un peu plus de la moitié des cas. De ces dix-sept stomatites, dix furent très-légères et guérirent en dix jours ; quatre, de

moyenne intensité, ont duré une moyenne de quinze jours; trois furent fortes et persistèrent vingt-cinq jours. Jamais je n'ai observé de sphacèle, d'ébranlement des dents, etc. Les astringents bien employés suffisent pour éviter la stomatite.

L'inflammation de la muqueuse buccale indique la saturation de l'organisme, mais il y a beaucoup de variétés individuelles; en général la stomatite survient vers la douzième ou treizième friction.

Le traitement par les frictions mercurielles a l'avantage de réussir après que les autres ont échoué; il est absolument innocent et les inconvénients qu'il entraîne disparaîtront à mesure qu'on perfectionnera la méthode. J'emploie 4 grammes de pommade par jour, je les applique à la face interne du mollet, en alternant d'un côté à l'autre pour éviter les irritations. Quant au mode d'action, je dirai qu'il est démontré, par des travaux faits en Allemagne, que le mercure pénètre à l'état métallique, puis qu'il se combine avec l'albumine; aussi l'absorption par la peau paraît-elle le meilleur moyen de saturer l'organisme.

M. DESPRÉS. J'employais primitivement les bains de sublimé comme un bon topique légèrement caustique. Sur les plaques muqueuses l'absorption du médicament n'a point lieu; cependant afin d'éviter les causes d'erreur, j'ai abandonné les bains de sublimé et j'ai actuellement recours aux bains salés.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine*, n° de juin 1867;

Cancer adénoïde du sein et anévrysme cirsoïde du bras, par le docteur Fauvel, chirurgien du Havre;

Du recrutement de l'armée par le baron Larrey;

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur Letenneur, de Nantes;

Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Paris, année 1865-1866;

Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, 1866, 2e fascicule;

Ce fascicule renferme un grand nombre de travaux intéressants, et entre autres la suite d'une observation communiquée déjà en juin 1864 à la Société de chirurgie, observation intitulée : *Résection du grand nerf sciatique pour une névralgie traumatique*, guérison constatée après trois ans et demi;

Kriegs-chirurgische Erfahrungen wahrend des Foldzuges 1866 in Suddeutschland, par le docteur Bernhard Berk, de Freiburg;

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. Danet : *Du traitement mercuriel pendant la vie intra-utérine*. (Commission : MM. Després et Saint-Germain.)

Trois observations de suture osseuse du tibia, par le docteur Fauvel, chirurgien de l'hôpital du Havre. (Commission : MM. Demarquay, Perrin, Saint-Germain.)

DÉCLARATION DE VACANCE.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire. MM. les candidats sont invités à faire parvenir leurs titres.

LECTURE.

Élimination spontanée d'un adénome du sein, par le Dr AZAM, professeur adjoint de clinique chirurgicale à Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie.

Messieurs, je vais vous entretenir d'un adénome, la chose est fort vulgaire. J'espère cependant que vous entendrez avec quelquo intérêt le fait qui va suivre, car il est un exemple, je crois, unique d'un mode particulier d'évolution de ce genre de tumeurs.

La femme X..., âgée de cinquante-cinq ans, entre dans mon service de clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 20 mars dernier, pour être traitée d'une inflammation au sein gauche.

Cette femme, d'une forte constitution, est très- grasse, son sein gauche a des dimensions énormes, il est plus gros qu'une tête d'adulte, à peu près le double du sein droit.

Elle est absolument sourde et ne sait pas écrire, ce qui rend très-difficile d'obtenir des renseignements sur ses antécédents. Cependant

le docteur Senter, chef interne de l'hôpital, a eu occasion de la voir, il y a quelques années, au dépôt de mendicité, et nous dit qu'à cette époque son sein gauche avait à peu près les mêmes dimensions. A ce moment notre confrère avait reconnu un adénome.

Le sein est enflammé, surtout en dehors du mamelon, et on perçoit, en outre d'une fluctuation évidente, la sensation d'une tumeur plus grosse que les deux poings réunis, et siégeant dans les profondeurs de l'organe; cette tumeur paraît bosselée et peu dure; je me range complétement à l'opinion de M. Senter au sujet de sa nature, et je crois que cet adénome, accidentellement enflammé, a provoqué la formation d'un abcès.

Je fais une large ponction et, à mon grand étonnement, il s'écoule, non du pus, mais un liquide séreux couleur chocolat clair, ayant tous les caractères d'un liquide kystique coloré par du sang; sa quantité est assez considérable, environ 350 grammes.

Examiné au microscope, je n'y constate que des globules de sang déformés et des cristaux de cholestérine.

Pendant les deux jours qui suivent, il s'écoule dans le pansement une assez grande quantité du même liquide, dont l'odeur fade et nauséabonde rappelle l'odeur amniotique ou celle des fœtus morts dans la cavité utérine.

Le quatrième jour après la ponction, pendant le pansement, je remarque une masse grisâtre qui fait saillie entre les lèvres de la plaie; je l'attire avec des pinces, et je sectionne avec des ciseaux la partie saillante. C'est un fragment de glande admirablement disséquée, avec ses lobes, ses lobules et son conduit excréteur; cette glande n'est plus vivante, elle a macéré dans le liquide kystique contenu dans le sein, et elle en est imprégnée.

Deux jours après, nouvelle inflammation à la partie la plus déclive, large incision, et il est possible d'extraire, par des tractions modérées, une masse glandulaire semblable à la première, et dont le poids est de 350 grammes. Quelques portions de tissu glandulaire sont adhérentes aux parois du kyste; cependant on peut les arracher avec l'ongle. Toute la masse éliminée, sauf quelques parties, est privée de vitalité.

Contraint, par un accident, de quitter le service, je recommande cette malade au professeur suppléant, M. le docteur Lanelongue, qui partage mon avis au sujet de la conduite à suivre. Cette marche consiste à favoriser les efforts de la nature par le drainage du kyste et par des injections détersives ou irritantes. Après quelques jours, la rétraction commence, la suppuration diminue; malheureusement deux érysipèles successifs entravent la convalescence de notre

malade. Cependant, après un mois, il ne reste plus qu'un trajet fistuleux qui s'oblitère bientôt, et la guérison est complète, toute trace de tumeur a disparu dans le sein, et cet organe a presque recouvré ses dimensions primitives.

Il est donc évident que nous avons eu affaire à un adénome du sein qui s'est éliminé spontanément, car les incisions n'ont fait que favoriser sa sortie. Quel a été le mécanisme de cette singulière élimination, et quelles sont les conséquences pratiques qu'on peut en tirer? C'est ce que nous allons successivement examiner.

Les tumeurs à marche lente, qui s'accroissent excentriquement, sans s'assimiler les tissus voisins, peuvent s'entourer d'un kyste; la formation de ces kystes est due aux mouvements, soit de la tumeur quand elle est mobile, soit des tissus sur la tumeur quand celle-ci est adhérente ou profonde. Ils sont dus, en un mot, au même mécanisme que les bourses muqueuses accidentelles. Les tumeurs autour desquelles on a observé ces formations sont les exostoses, les lipômes, les anévrysmes, etc., etc., et particulièrement les adénomes.

M. Massot a publié, il y a quelques années, une excellente thèse sur ces kystes accidentels, et M. Broca les a longuement décrits dans son article *Adénome* du *Dictionnaire encyclopédique de médecine*.

Il est donc certain que chez la femme X..., à la suite du ballottement de son énorme sein, il s'était fait autour de la tumeur un kyste, qui s'était agrandi peu à peu et dans lequel l'adénome avait fini par se pédiculiser, puis il était survenu dans ce kyste des hémorrhagies successives, qui avaient donné au liquide contenu sa couleur chocolat clair. Enfin, sous l'influence d'une cause inconnue, le pédicule de l'adénome s'étant rompu, la tumeur isolée de toute part était devenue un corps étranger dans le sein de la malade. C'est à ce moment que la femme X... a réclamé nos soins, et l'inflammation du sein qui nous l'a conduite était le dernier acte d'un travail d'élimination spontanée, dont le bistouri n'a fait que hâter le dénoûment.

Je n'ai rencontré dans les auteurs aucune observation analogue, et je ferai appel à ce sujet à la vaste pratique de mes collègues de la Société.

Tout fait, quand il est bien observé, porte avec lui un certain enseignement: bien que la pratique s'accommode peu des vues de l'esprit, n'est-il pas permis de se demander si, dans une certaine mesure, le chirurgien n'aurait pas avantage à provoquer la formation de ces kystes qui isolent plus ou moins les tumeurs au milieu des tissus?

Cet avantage n'est pas contestable. Certaines tumeurs bénignes nécessitent des opérations; je ne citerai que les exostoses, les hyper-

trophies glandulaires, les lipômes, les adénomes; et quelquefois, pour arriver à leur ablation, il faut faire des délabrements considérables, des dissections laborieuses, risquer des hémorrhagies, enfin exposer à l'air et à la suppuration de vastes surfaces saignantes. Il n'est aucun de nous qui n'ait vu succomber des malades dans ces conditions, surtout après des ablations de lipômes.

Si donc il était possible de provoquer autour des tumeurs la formation de ces kystes, en un mot d'imiter le travail qu'a fait spontanément la nature, chez la femme X... et chez bien d'autres, les conditions opératoires seraient changées; une incision découvrirait la tumeur isolée, une section serait faite d'un pédicule plus ou moins réduit, et les malades auraient de moins quelques chances de mortalité.

Je ferai remarquer que les tumeurs autour desquelles ces bourses muqueuses ont été observées, bien que d'ordres divers, ont toutes la même marche, — une marche très-lente, — et que le secours du bistouri n'est indispensable que lorsqu'elles deviennent gênantes par leurs dimensions (je ne parle pas des anévrysmes).

Il serait donc possible de mettre à profit ces délais en pratiquant certaines manœuvres qui tendraient au résultat désiré.

Ces manœuvres ne seraient autres que la reproduction artificielle du mécanisme qui provoque la formation de ces kystes, c'est-à-dire le glissement méthodique et répété des tissus sur les tumeurs, en un mot une sorte de massage.

Je n'insisterai pas; je ne veux pas ériger en méthode les conséquences d'un fait presque isolé; qu'il me suffise de dire qu'il est toujours légitime de chercher à améliorer les conditions opératoires des malades, et que les voies indiquées par la nature sont de celles dans lesquelles le praticien peut toujours s'engager sans crainte.

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DESPRÉS. MM. Depaul et Panas ont attaqué chacun, par une argumentation peu différente, les observations et les statistiques que j'ai soumises à la Société.

D'un côté, mes contradicteurs ont nié la valeur de mes observations et de mes recherches, et ils ont essayé à faire ressortir, par des faits empruntés à leurs souvenirs récents, que j'aurais dû compter dans mes statistiques des malades vus dans des services autres que le mien.

D'un autre côté, ils ont posé deux affirmations. M. Panas a dit que le mercure réussissait merveilleusement quand il était employé sous forme de frictions, espérant en cela renverser tout ce que j'avais ac-

cumulé de défavorable contre le mercure. M. Depaul, dans le même but, a affirmé que le mercure était excellent pour prévenir les avortements chez les femmes syphilitiques, pour amener un enfant vivant chez une femme grosse et atteinte de syphilis; enfin que le mercure était excellent pour la syphilis infantile.

Mes deux honorables contradicteurs ont laissé d'ailleurs de côté la plupart des faits et raisons que j'ai produits ici, pour ne s'attaquer qu'à deux ou trois points à leur choix. Je m'y attendais. Quand on heurte de front une coutume même scientifique, bonne ou mauvaise, on soulève des passions, on éveille la partialité. Les faits qui contrarient une tradition semblent destinés à être attaqués par tous les moyens.

Mais il est aussi reconnu que, quand on veut prouver quelque chose, il faut donner trop de preuves; et je viens montrer ce que nos adversaires ont laissé debout de mon précédent discours, et puiser dans leur argumentation même de nouvelles preuves de l'inutilité du mercure.

Je répondrai d'abord à M. Panas et brièvement, car j'ai hâte d'arriver à M. Depaul, dont l'autorité donne du poids à ses paroles, et avec qui je dois discuter pied à pied.

De son séjour à l'hôpital de Lourcine pendant vingt mois, M. Panas n'a gardé qu'un souvenir, celui d'avoir vu dans son service des malades sorties non guéries ou mal guéries du mien. Ici, je placerai une critique générale des procédés de mes contradicteurs. Pour que leur assertion ait une valeur, il faudrait qu'ils s'appuyassent sur des chiffres et ils devraient compter comparativement, avec mes malades, toutes celles qui provenaient soit du service de M. Panas, soit d'autres services où l'on donne du mercure. Cette précaution scientifique manquant, je pourrais ne tenir nul compte de pareilles argumentations; mais, comme je l'ai dit, il faut que je donne trop de preuves, et j'accepte la discussion même sur ces points.

M. Panas a donc fouillé dans son service pour attaquer mes statistiques. Cela m'autorise, vous le comprenez, à y fouiller également pour les nécessités du contrôle.

Eh bien, messieurs, j'ai fait la statistique du service de M. Panas. Grâce à un zèle et à une ardeur que je ne saurais trop louer ici et que j'ai rencontrés chez les élèves de mon service, nous avons pu, en quelques jours, étudier les registres et les pancartes de Lourcine avec mon cahier d'observations, et construire, autant que faire se pouvait, une statistique des rentrantes après guérison et avec récidives dans le service de M. Panas.

Pendant l'année où j'ai établi ma statistique, dans un laps de temps

égal, onze mois, nous avons compté pour le service de M. Panas et pour le mien. Voici ce que nous avons trouvé :

Chez M. Panas, dans un service de 89 lits, 200 malades syphilitiques ont été reçues; sur ce nombre, 25 au moins étaient des rentrantes; mais je n'ai pris quo 12 malades, celles qui avaient fait un traitement assez long et que la pancarte déclarait guéries. 8 malades étaient rentrées chez moi; sur ces 8 malades, 1 avait été traitée par M. Panas avant que je n'arrivasse à Lourcine, 2 étaient sorties sur leur demande, 1 n'avait eu que des chancres mous pendant son séjour. Chez mon collègue, 4 avaient été déclarées guéries et avaient pris du mercure, pour chancre induré ou plaques muqueuses.

En tout, 16 récidives chez des malades traitées par M. Panas, et, je le suppose, par le mercure, d'après ce que je sais de la pratique et des opinions de mon collègue; je suis sûr au moins pour les 4 qui sont rentrées chez moi.

Voici une malade de M. Panas et rentrée chez lui : B..., dix-neuf ans, entrée à la salle Saint-Louis le 12 décembre 1865, avec un chancre induré et des plaques muqueuses; sortie sur sa demande le 16 mai (155 jours de traitement); rentrée le lendemain; sortie guério le 25 juillet. Rentrée salle Saint-Louis le 8 novembre 1866, avec sa syphilis; sortie, sur sa demande, le 28 novembre 1866.

Voici une des malades rentrées chez moi : D..., dix-sept ans, entrée à la salle Saint-Louis avec des plaques muqueuses; sortie le 31 juillet (66 jours de traitement), améliorée. Rentrée le 3 août, avec des plaques muqueuses; sortie guérie lo 11 novembre (69 jours de traitement). Entrée le 20 avril 1866 à Saint-Alexis, avec des plaques muqueuses du col de l'utérus.

Ce dernier fait montre que je n'ai pas chargé la statistique de M. Panas; j'aurais pu, en effet, compter cette malade deux fois.

Mon service renferme 87 lits; j'ai reçu, dans le même temps que M. Panas, 197 malades, et il rentre dans mon service 12 malades, sur lesquelles j'élimine, comme je l'ai fait pour M. Panas, 3 malades qui sont sorties non guéries, et je conserve même celles qui n'étaient restées qu'un mois dans mon service, cela fait 9 malades. Il est entré, dans le service de M. Panas, 7 de mes malades. 4 malades n'avaient, dans mon service, que des chancres mous et sont rentrées chez M. Panas cinq ou six mois après être sorties de mon service, ayant des plaques muqueuses. 1 malade était sortie non guérie; c'était un cas grave, que M. Dolbeau avait déjà traité par le bichromate de potasse, et pour lequel j'avais donné du mercure inutilement. Des 2 autres malades, 1 était sortie sur sa demande, et l'autre avait été traitée chez moi pendant trois mois, et elle avait été traitéo à Saint-Lazare

avant de venir dans mes salles. Les 2 premières malades sont rentrées chez M. Panas cinq mois après être sorties de mon service; la dernière est entrée deux mois après son départ de mon service. Cela fait donc 2 malades qui doivent compter, et 11 en tout.

En résumé, M. Panas a eu 8 pour 100 de récidives; et en forçant mes chiffres, j'ai eu 6 pour 100 de récidives. Les deux services étaient semblables : dans l'un on donnait du mercure, dans l'autre on n'en donnait pas. Quant à la prompte récidive des plaques muqueuses chez les malades de mon service, vous ne voyez nulle preuve qui confirme les souvenirs de M. Panas.

Lorsque j'ai commencé la statistique de M. Panas, j'étais prêt à me rendre si je trouvais la contradiction de ma statistique. Il n'a pas pu en être ainsi. J'ai constaté non pas une parité, mais bien un désavantage pour le service voisin du mien. Et je suis arrivé forcément à une conclusion conforme à mes conclusions précédentes. Le résultat du contrôle, en effet, prouve que les recherches provoquées par les allusions de M. Panas sont encore défavorables au traitement de la syphilis par le mercure.

M. Panas a vanté les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis ; sur quoi appuie-t-il son dire ? Sur ce fait : un jeune homme traité inutilement pendant deux mois, puis quatre mois par le proto-iodure de mercure, traité ensuite par les pilules de sublimé, va à Beyrouth et revient non guéri. Mais il a le bonheur de passer par Vienne où, se confiant aux soins de M. Sigmund, il est traité par les frictions mercurielles et guérit.

Je réponds à cela que si ce jeune homme était passé par Christiania, il aurait vu M. Bœck, qui l'aurait syphilisé et l'aurait sans doute guéri comme M. Sigmund. Il est probable, en effet, que le malade étant arrivé à la fin d'une période d'élimination de syphilis aurait pu guérir avec n'importe quel traitement.

M. Panas nous a dit avoir fait des expériences à l'hôpital du Midi où il est depuis cinq mois ; il aurait vu, a-t-il ajouté, 100 malades traités par les frictions mercurielles, et il a compté seulement 39 de ces malades, *parce que les observations sont difficiles à prendre*. En étudiant les narrations de notre collègue, on voit qu'il s'agissait de plaques muqueuses traitées par les frictions mercurielles sur les mollets.

A tant d'assertions, j'oppose les arguments suivants : M. Panas n'a, sur les frictions mercurielles, qu'une expérience de quatre mois. Or M. Depaul me conteste que j'aie assez d'expérience après vingt mois de séjour à Lourcine. S'il n'y a pas ici deux manières de juger, l'expérience de M. Panas doit prouver moins que la mienne aux yeux des amis du mercure.

J'objecte à M. Panas qu'il ne nous a parlé que du tiers de ses observations. J'ai donné toutes les miennes dans ma statistique; j'ai lo droit d'exiger toutes les siennes. Sans cela je dirai qu'il a choisi ses observations.

Puis, qu'est-ce que M. Panas a guéri? Est-ce la syphilis? En quatro mois ce serait trop fort, trop concluant. Il vous a dit lui-même qu'il s'agissait de plaques muqueuses. S'il en est ainsi, ces faits de M. Panas ne prouvent rien. On guérit des plaques muqueuses avec tout: celui-ci avec des pommades au calomel, celui-là avec de l'eau blanche, et moi avec des cautérisations à l'aide de solution de chlorure do zinc.

M. Panas sait-il si ses malades sont à l'abri de la récidive? Pour ceux du Midi, certes, il ne peut encoro rien dire. Mais moi je puis vous dire ce qu'il en est des malades do Lourcine traitées par M. Panas, l'an dernier, au moyen des frictions. Souvenir que n'a pas invoqué notre collègue en parlant de mes malades.

J'ai dans mon service, en ce moment, deux femmes qui ont été traitées de la sorte, et il ne leur a pas même manqué cette salivation mercurielle que notre collègue croit d'un bon effet. Ces malades avaient des plaques muqueuses, et elles ont subi plus do la moyenne de treize frictions, dont les malades de l'hôpital du Midi ont obtenu de si heureux résultats.

Voici deux faits:

D..., vingt-deux ans, domestique, est entrée, le 28 mai, dans mon service, salle Saint-Alexis. Cette malade était anémique, syphilitique et portait des plaques muqueuses végétantes de la vulve et de l'anus, et des ulcérations à la marge de l'anus.

Cette fille a eu des plaques muqueuses il y a dix-neuf mois, trois mois après le début de son mal elle vint à l'hôpital dans le service de M. Panas, où elle a séjourné pendant six mois. On lui a donné, pour ses plaques muqueuses, tous les jours deux pilules de protoiodure et deux pilules de fer. Pendant le dernier mois, outre les pilules, elle a eu des frictions mercurielles sous les aisselles, uno friction tous les jours. Au bout de ce mois, une salivation est arrivée et tout a été supprimé. M. Panas a traité la salivation, et la malade est sortie de son service.

Après avoir traîné en ville pendant sept mois, la malade est rentrée dans mes salles.

P... (Irma), vingt-deux ans, entrée dans le service de M. Panas, au mois de juin 1866, avec une vaginite, une syphilide papuleuso et des adénites multiples, et grosse de huit mois. Elle faisait remonter son mal à quelques mois.

M. Panas donne une pilule de proto-iodure tous les jours, et au bout d'un mois la malade accouche d'un enfant qui a vécu douze jours. Des frictions mercurielles ont été faites sous les aisselles pendant deux mois; la malade sort avec une stomatite mercurielle. La fille P... rentre encore trois semaines chez M. Panas pour des plaques muqueuses de la gorge et la stomatite mercurielle qu'elle avait déjà au moment où elle est sortie de l'hôpital.

La malade quitte le service de M. Panas pour entrer dans mon service, où je la trouve avec une stomatite, des plaques muqueuses de la bouche et une syphilide papuleuse. Pendant deux mois la malade est mise au régime tonique, et elle allait déjà beaucoup mieux quand un enfant qu'elle avait mis au dépôt tomba malade, et la fille P..., voulant soigner son enfant, est passée dans le service de M. Panas où il y a des lits de nourrice. Là, la petite fille de notre malade mourut de méningite. Sa mère ne prenait plus de mercure, elle n'en voulait plus. Elle séjourna encore quelques jours dans la salle Sainte-Marie, et revint dans mon service, au nº 25, salle Saint-Alexis, il y a trois mois, et elle y est encore, n'ayant plus que quelques papules sur le corps et ayant repris de l'embonpoint grâce à l'huile de foie de morue, aux toniques et aux bains salés qui lui sont administrés; elle a un reste de gingivite qui présente des exacerbations au moindre refroidissement.

Ces deux malades serviront d'exemple, et elles confirmeront le jugement porté depuis bien longtemps sur le traitement mercuriel vanté par Vigo, Boerhaave et Cyrillo. On saura que les frictions mercurielles n'empêchent pas plus les récidives que les autres préparations mercurielles.

M. Panas a affirmé que l'iritis syphilitique guérissait très-bien par le mercure. Je le renvoie à une des observations de M. Dubuc, que j'ai reproduite dans mon dernier discours, et je lui dirai que, renonçant pour les besoins de ma démonstration au calomel à dose fractionnée si excellent pour les maladies des yeux non syphilitiques, j'ai guéri des iritis syphilitiques par les révulsifs cutanés et les sangsues, et que j'ai eu des récidives seulement quand je n'avais pu prévenir les synéchies par la dilatation pupillaire prolongée à l'aide du collyre au sulfate d'atropine.

M. Panas m'a accusé de donner du mercure sous forme de bains de sublimé, quoique j'eusse déclaré que mes bains étaient employés comme topiques et que je n'en donnais qu'un petit nombre, douze au plus en trois mois, et à la faible dose de quinze grammes par bain. J'y ai renoncé depuis qu'un mémoire est venu, à la fin de l'année dernière, mettre en doute l'impossibilité de l'absorption du sublimé

en bain que Reveil avait établie. Mais que mes contradicteurs ne s'y trompent pas, je ne donnais de bains de sublimé qu'aux malades en puissance d'éruptions syphilitiques, et parmi mes neuf malades revenues dans mon service, trois avaient pris des bains de sublimé jusqu'à douze. Une malade, dont j'ai donné l'observation et qui a eu une syphilide précoce, avait également pris des bains de sublimé. Ceci prouve que mes malades guéries ne devaient pas leur guérison au bain de sublimé auquel je n'accorde pas plus d'action spécifique qu'aux frictions mercurielles.

J'arrive à ma réponse aux arguments de M. Depaul.

Mon honorable contradicteur dit que mes statistiques ne valent rien, parce que je ne sais pas comment le mercure a été administré, et parce que je n'ai pas vu assez mes malades. On ne croirait rien si l'on devait douter de tous les renseignements qui sont donnés aux médecins, si l'on supposait, par exemple, que des hommes comme MM. Ricord, Cullerier, Hardy et Bazin ont donné du mercure sans règle et sans surveiller l'administration du médicament. La plupart des malades que j'ai vues, et je vous ai cité les noms et les observations, avaient été traitées par eux et par MM. Simonet, Jaccoud et Panas. Les malades que j'ai examinées à l'hôpital Saint-Louis avaient été traitées même par MM. Verneuil et Lefort. Quelques malades avaient été consulter MM. Clerc et Lagneau. M. Depaul ne se souvient pas d'ailleurs des observations longues que j'ai produites, où j'ai donné tous les documents possibles, et je puis lui reproduire les faits de mon service.

Ainsi J... Victorine, 21 ans, malade depuis sept mois, entrée à l'hôpital Saint-Louis où elle est traitée pour des plaques muqueuses et une roséole pendant cinq mois dans le service de M. Cazenave et de M. Peter, à l'aide de 250 pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, et qui arrive dans mon service le 12 janvier avec des plaques muqueuses, une syphilide papuleuse et une anémie profonde.

Ainsi M..., 38 ans, traitée, il y a trois ans dans le service de M. Simonet à Lourcine, pour un chancre du rectum, au moyen de pilules de proto-iodure pendant six semaines. Trois ans auparavant cette malade avait été traitée pour des plaques muqueuses dans le service de M. A. Guérin et avait pris trois ou quatre pilules de Belloste par jour, pendant plus de deux mois. Cette malade est entrée dans mon service avec un chancre phagédénique du rectum et des plaques muqueuses, plus une anémie très-marquée.

Je n'ai pas vu assez longtemps mes malades, a dit M. Depaul; il y a des malades que je suis depuis deux ans, et les moins anciennes de mes malades ont été vues six mois. J'ai vu assez pour savoir que

trois ou quatre mois de traitement mercuriel n'empêchent pas les malades d'avoir des récidives, au moins pour ce qui est de Lourcine, dans une proportion quatre fois plus grande que même en l'absence de tout traitement autre que la propreté.

Les statistiques de l'hôpital Saint-Louis que rejette M. Depaul ne sont pas plus difficiles à défendre que celles de mon service ; j'ai interrogé moi-même les malades sur les indications d'élèves du service dans plusieurs salles, et quand des malades me disaient : J'ai été à tel hôpital dans le service de M. Verneuil, ou de M. Ricord, ou de M. Cullerier, j'étais autant en droit de croire leurs paroles, que d'ajouter foi aux citations de M. Depaul, qui nous dit : J'ai fait un traitement mercuriel de deux mois à des enfants syphilitiques, et je les ai guéris. Et quand j'ai cité des emprunts au rapport de M. Depaul, *Sur la syphilis vaccinale du Morbihan*, j'ai trouvé, sans rien dire, que, sur la foi des malades et du médecin, mon honorable contradicteur n'a pas hésité à mettre dans ses observations, *traitement mercuriel*, sans autre indication.

Mais si M. Depaul a rejeté mes observations et mes statistiques, a-t-il compris dans la même proscription les observations qui ne me sont pas personnelles et que j'ai soumises à la Société ? MM. Diday et Dubuc ont publié des observations que j'ai comparées aux miennes. Le silence de M. Depaul veut-il dire qu'il les repousse les unes et les autres ? S'il les accepte, au contraire, n'en rien dire c'est leur laisser toute leur autorité.

Encore un mot sur mes observations. M. Depaul a dit que depuis quelque temps il voyait des quantités de malades de mon service, déclarées guéries par moi, venir couvertes de plaques muqueuses accoucher chez lui, à la Clinique ; il a dit qu'il y avait de mes malades dans les services des hôpitaux et, en particulier, dans le service de M. Nélaton, suppléé par M. Houel. Comme j'ai l'observation de toutes mes malades, j'ai pu aller vérifier sur le registre d'admission de l'hôpital des Cliniques.

Ce nombre de malades couvertes de plaques muqueuses allant, en sortant de mon service, accoucher chez M. Depaul, ce nombre est représenté par le chiffre 1, la fille S.:., celle dont vous a parlé M. Depaul dans la dernière séance. C'était une de ces malades enceintes qui sortent de mon service à peine guéries ou à peine traitées, pour aller faire leurs couches dans un hôpital où l'on donne le secours et la layette, ce qui n'a point lieu à Lourcine, par suite d'une tradition administrative qui, je le crois, disparaîtra bientôt. Il y a trois jours, une malade est allée dans une pareille intention dans les salles de M. Depaul. Celle-là est en puissance de plaques muqueuses, mais son

enfant vit, et elle n'est restée chez moi que trois jours, juste le temps d'être cautérisée une fois : et je dis cela pour prévenir une nouvelle méprise.

Les malades de mes salles qui ont été vues chez M. Houel sont au nombre de une! la fille B...

Cette femme, qui avait été scrofuleuse dans sa jeunesse, avait eu la variole et portait les traces de l'une et l'autre maladie; elle était entrée dans mon service pour des plaques muqueuses de la vulve et de l'anus. Trois mois après son entrée, elle était guérie de ses plaques muqueuses de la vulve, grâce à des cautérisations et des bains, et elle avait repris un bon aspect, grâce à un traitement tonique. Mais les plaques muqueuses de l'anus ulcérées par suite de la défécation, cause journalière de déchirures, n'étaient point guéries, et je les cautérisais et faisais appliquer des mèches enduites d'onguent de la mère dans l'anus, quand, par suite d'insolences envers le directeur, la malade fut renvoyée de l'hôpital, le 11 janvier 1867. Le 29 janvier, la fille B... s'est présentée dans le service de M. Nélaton que M. Houel remplaçait. La malade, me disait M. Houel, comme M. Depaul, était dans un état pitoyable. Je me suis hâté d'aller la voir. Voici ce qu'elle avait : une adénite suppurée sous la mâchoire inférieure du côté gauche, ayant son origine probable dans une carie dentaire; et les plaques muqueuses ulcérées à la marge de l'anus, que la malade avait en sortant de l'hôpital de Lourcine.

M. Houel a donné du mercure à cette malade, il s'en est lassé. Et le 1er mai, la fille B..., que j'ai examinée à la consultation, ayant toujours ses plaques muqueuses ulcérées à l'anus, se présentait pour entrer dans mon service, dont la direction lui a refusé l'entrée.

J'ai trouvé une de mes malades dans les hôpitaux, et c'est la seule qui, déclarée guérie par moi, est allée à ma connaissance dans un autre hôpital que Lourcine. Voici le fait, il est instructif, et je ne crains pas de le livrer à ma charge.

B..., 19 ans, piqueuse à la mécanique, entre le 9 décembre 1865, amenée du couvent Saint-Michel, où elle avait été placée par ses parents, en expiation d'une première faute, source de son mal. Depuis deux mois cette fille était malade, elle avait des érosions à la vulve, dont plusieurs avaient les caractères de chancres mous; et une vaginite.

Cette jeune fille avait été scrofuleuse, et elle portait des traces de cette maladie; au moment de sa première communion, notre jeune fille avait eu un rhumatisme articulaire aigu.

Soumise au traitement par le bichromate de potasse, environ un centigramme par jour, et l'iodure de potassium à la dose de cinquante

centigrammes, et surtout grâce aux cautérisations locales avec la solution saturée de chlorure de zinc, la malade guérit promptement de ses ulcérations ; seulement il survint des angines et des plaques muqueuses de la gorge, puis une adénite cervicale qui a suppuré. Je dois dire aussi que la malade a eu des attaques de rhumatisme dans les deux genoux et les deux coudes, pour lesquelles il a été administré des pilules de sulfate de quinine et de poudre de Dower, de chacune, 15 centigrammes.

Le 17 mars 1866, la malade sortait en bon état. Au commencement d'avril, à la suite de ses règles, la malade a vu reparaître quelques plaques muqueuses à la vulve. Le 14 du même mois, la malade est entrée à l'hôpital, et elle y a séjourné jusqu'au 23 juin, soumise à un traitement tonique et réparateur, viandes rôties, vin de quinquina 124 grammes, poudre tonique (fer, quinquina, et canelle) et sirop d'iodure de fer. Des bains sulfureux et alcalins étaient administrés. La malade remise en bon état est sortie, et est revenue à la consultation au mois de novembre 1866, très-bien guérie.

Cette année, au mois de mars 1867, cette malade était à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Hérard. J'ai été la voir, et voici ce que j'ai constaté : il y avait des gommes sur les deux jambes et une sur l'avant-bras gauche. La jeune fille disait que depuis deux mois elle était très-fatiguée des jambes, et qu'elle avait quelque peine à faire manœuver sa mécanique ; elle ajoutait qu'elle mangeait une assez bonne nourriture chez ses parents, mais qu'elle s'ennuyait, et qu'elle avait maigri. Les gommes étaient ramollies mais non ouvertes, et elles ressemblaient assez bien à des boutons d'érythème noueux sur le point de suppurer.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, où elle prenait une pilule de sublimé et un gramme d'iodure de potassium chaque jour, la malade est partie, ce qui suppose qu'elle n'était pas plus mal, et que le repos surtout avait amélioré son état. Je ne sache pas que personne puisse dire que le mercure fait résoudre des gommes en quinze jours.

Ce fait montre clairement que la syphilis non traitée par le mercure peut marcher très-vite sans compromettre gravement la santé des individus, qu'elle peut arriver à son terme, ou, comme vous l'a dit M. Dolbeau, l'iodure de potassium a des effets assez certains, sans qu'on ait à redouter des complications viscérales. Est-ce à dire, messieurs, que dans tous les cas je souhaite un résultat pareil ? Non, messieurs. Ce fait peut être une exception, car nous avons affaire ici à une malade qui a subi les influences de trois diathèses, la scrofule, le rhumatisme et la syphilis.

Un mot sur ce traitement tonique et réparateur, objet des critiques de M. Depaul. Et d'abord, ce n'est pas moi qui l'ai inventé, c'est un peu tout le monde.

Ce n'est pas, comme le croit M. Depaul, du quinquina et du fer; c'est une bonne nourriture avec de la viande en supplément, c'est du vin, mais c'est aussi du sommeil, un exercice réglé et l'abstinence de tout excès. J'avais traduit cette hygiène par ces mots : vivre de la vie de l'enfance. J'ajoute à cela la médication tonique : quinquina, canelle, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et iodure de potassium à très-petites doses, comme excitant l'appétit; des bains salés, des bains sulfureux et des bains alcalins; et quand je cautérise les ulcérations, je ne contrarie point les effets du traitement tonique; ceci n'est pas contesté.

M. Depaul m'a dit que je prétendais guérir les accidents syphilitiques avec le traitement tonique. Une partie de mon discours ne l'a pas frappé. J'ai dit que je faisais un traitement local scrupuleux, et c'est comme traitement local que j'ai donné le bain de sublimé, que je remplace par un bain excitant aujourd'hui.

Tout cela, messieurs, les partisans du mercure ne le négligent point, et c'est heureux, car, à mon sens, ce traitement tonique et réparateur, dans le cas où l'on donne de très-petites doses de mercure, atténue les effets du mercure, en même temps qu'il aide la guérison spontanée de la syphilis.

Mais, dit M. Depaul, les gens du monde qui mangent de bonnes choses font le traitement tonique et réparateur. Manger de bonnes choses n'empêche pas de se livrer à des plaisirs, à des excès; cela ne calme pas les préoccupations d'argent, d'affaires, les marches forcées, les veilles, que sais-je encore? Et cela est même connu de vous, car quand les syphilis que vous traitez résistent à votre traitement mercuriel, vous envoyez vos malades aux eaux minérales, où le repos et le sommeil ont autant d'action que les bains.

Sans rien mettre à la place, M. Depaul a nié la théorie de la guérison spontanée de la syphilis, que Hunter lui-même avait entrevue. Toute la théorie de l'action des mercuriaux dans la syphilis et de la marche de la syphilis est, pour mon honorable contradicteur, dans cette formule : le mercure arrête les néoplasies syphilitiques. J'ai touché ce point, dans ma précédente argumentation, et j'ai montré que cette proposition n'avait rien de précis. Mais comme elle émane d'un professeur qui se signale par son amour pour la science et son ardeur dans les recherches physiologiques et thérapeutiques, je veux y revenir. D'ailleurs, M. Sée a pris en considération la discussion de la Société de chirurgie, et on doit le payer de retour.

J'ai suivi les leçons que M. Sée a consacrées à l'étude du mercure, et j'ai appris des choses nouvelles d'un grand intérêt, et qui font honneur à M. Cl. Bernard et à M. Sée, mais qui ne placent pas toutefois le mercure au rang des médicaments spécifiques et véritablement utiles.

Suivant M. Sée, le mercure agit sur le sang et sur les organes.

Il n'est pas démontré qu'il y ait aglobulie dans le sang des individus mercurialisés. Sur ce point des expériences nouvelles me paraissent nécessaires. Le sang des mercurialisés est plus riche en fibrine, il est quelquefois couenneux; il y a diminution de l'albumine, le mercure formant un chloralbuminate de mercure avec l'albumine du sang.

De là je tire ce premier enseignement, que le mercure altère le sérum du sang, comme les autres infections, ainsi que cela ressort des travaux et des leçons de M. Robin. Or je sais que le mercure rend malade les ouvriers qui le travaillent. Il en résulte donc que nous pouvons préciser comment le mercure rend malade. Je ne parle pas de la salivation mercurielle, c'est un mode d'élimination du mercure exagéré. Je montre une contradiction : autrefois, l'on disait que le mercure enlevait au sang sa plasticité, et les partisans du mercure disaient : La théorie nous autorise à donner des préparations mercurielles pour arrêter l'induration chancreuse, les exsudats de l'iritis et les plaques muqueuses. Aujourd'hui, sous l'influence du mercure le sang est plus plastique qu'à l'état sain. La théorie est en défaut, mais, quand il s'agit de tenir à une tradition, on n'y regarde pas de si près. Lorsque nous avons dit qu'il y avait une anémie, une altération du sang, nous n'étions pas précis, les mots étaient impropres ; mais le sang perd de son albumine, et cela suffit. Et comme l'absence d'albumine dans le sang peut tuer, nous n'avons pas besoin d'autre chose pour dire que donner du mercure pour la syphilis, c'est débiliter un malade atteint de maladie débilitante, c'est enlever au sang de l'albumine pour une lésion qui cause, elle, l'anémie franche. Voyons l'action du mercure sur les organes. D'après M. Sée, le mercure dénourrit les organes, et il exerce son action dénutritive sur tous les organes, par une action indirecte : la perdition de l'albumine qui se produit partout où il y a du sang.

Ceci posé, M. Sée établit une théorie de l'action du mercure dans la syphilis. Il dit que la syphilis agit sur quelques organes que le mercurialisme respecte, les ganglions lymphatiques par exemple : le mercure agit donc en sens opposé à la syphilis ; et voici une explication du professeur Sée : la syphilis altérant les ganglions, ceux-ci n'élaborent plus de globules blancs, et il y a anémie; le mercure, dénourris-

sant tous les organes, dénourrira les ganglions malades et remettra les choses en état. Ceci est logique, théoriquement, quoiqu'il y ait une petite contradiction. Mais il faudrait démontrer que les engorgements ganglionnaires sont toute la syphilis, et cela n'est pas; les accidents secondaires et tertiaires vont généralement sans engorgements ganglionnaires multiples, le mal est une altération du sang. Puis, si le mercure dénourrit les ganglions, que ne le fait-il pour les engorgements scrofuleux et les leucocythémiques, et même pour les adénites indolentes, suite de croûtes dans le cuir chevelu ?

Si le mercure dénourrit, comment peut-il favoriser la réparation d'ulcérations syphilitiques? La contradiction est formelle, et une preuve existe qui montre ce que peut le mercure. Les plus ardents de ses partisans conviennent qu'il est inutile et même dangereux pour les chancres phagédéniques.

Sans nous donner les preuves du contraire, M. Depaul a dit que la syphilis ne s'éliminait pas seule; il a nié la guérison spontanée admise par Hunter et M. Diday.

Nous maintenons que la syphilis se guérit par des éliminations intermittentes comme les poisons tels que le plomb. Dans la syphilis le nombre des poussées et le nombre des lésions à chaque poussée mesurent la quantité de poison à éliminer, et ceci n'est point le vitalisme ancien ou renouveau justement condamné. Nous avons montré que c'était de la physiologie.

Si des os renferment du poison syphilitique, ils s'éliminent souvent avec le mal : la nature est aveugle, maladroite, mais tous les poisons et corps étrangers introduits dans l'économie sortent de même. Lorsque vous nous montrerez un homme à qui vous avez rendu son nez atteint de carie syphilitique, par un traitement mercuriel, vous pourrez nous reprocher de négliger l'intérêt de nos malades. Mais cela ne se peut, et l'on donne simplement du mercure pendant que les os s'éliminent et pendant que la cicatrisation se fait. Vous guérissez, dites-vous, au moment de la période inflammatoire, des gommes par le mercure. Mais d'autres les guérissent avec l'iodure de potassium, et j'en arrête avec l'huile de foie de morue, les cataplasmes, les toniques et le repos. M. Verneuil ne nous a-t-il pas parlé d'un malade dont il avait guéri les gommes avec de l'emplâtre de Vigo, du diachylum et des cataplasmes, indistinctement?

M. Depaul a affirmé que le mercure empêchait les avortements, il nous a dit : J'ai vu : je réponds que j'ai cherché. Il faut avouer que j'ai la main malheureuse pour mes adversaires : j'ai 5 femmes dans mon service, que je puis montrer, et qui ont eu des avortements et des accouchements prématurés ou ont gardé leur enfant.

Trois femmes n'avaient pas pris de mercure, et étaient enceintes depuis plus de 7 mois. Une est accouchée prématurément d'un enfant mort; une est accouchée d'un enfant qui a vécu deux jours; une est accouchée à terme d'un enfant vivant ayant quelques plaques muqueuses, et la malade est partie avec son enfant vivant. Ces trois malades avaient eu des plaques muqueuses au troisième mois de la grossesse environ.

Deux malades, les filles C... Marie, 22, salle Saint-Alexis, et T..., 31, salle Saint-Bruno, étaient enceintes de 4 et 5 mois, elles étaient malades depuis 3 mois, et avaient des plaques muqueuses; les deux malades ont été examinées au speculum. Une, la fille C..., qui avait pris en ville 150 pilules mercurielles, a avorté; l'autre, qui n'avait rien pris, est encore enceinte, et je tâche d'amener à terme son enfant.

Il est presque sûr que la syphilis constitutionnelle do la mère est une cause de mort pour l'enfant, comme l'anémie, lorsque la vérole débute avec la grossesse. Les trois premiers faits sont donc dans la loi, les deux seconds sont tout au désavantage du traitement mercuriel pour prévenir l'avortement.

Que dire encore? Un partisan du mercure qui n'est pas en suspicion, M. A. Guérin, a écrit, dans son livre sur les *Maladies des organes génitaux externes de la femme* (p. 226), que le mercure donné à dose de 10 centigrammes par jour était capable de faire avorter les malades. L'auteur cite trois faits d'avortements après 21, 17 et 15 jours de traitement. Aussi conseille-t-il de ne donner quo très-peu de mercure aux femmes enceintes, une dose moitié moindro de celle qu'on donne habituellement aux autres malades.

M. Depaul dit avoir arrêté des séries d'avortements par un traitement mercuriel. Je pense d'abord que mon honorable adversaire; employait, outre le mercure, les soins habituels qu'on donne aux femmes enceintes pendant la période correspondant au terme habituel de leur avortement; d'un autre côté, il paraît raisonnable de conclure que le mercuro ne prévient le dernier avortement que quand la syphilis de la mère est atténuée par le temps ou est arrivée à la fin d'un stade d'expulsion du virus.

Enfin, messieurs, ici encore une contradiction entre la théorie et la thérapeutique. Le mercure, dit-on, guérit parce qu'il arrête les néoplasies et dénourrit les organes. Or la grossesse est la néoplasie par excellence, néoplasie dans l'utérus et formation totale du fœtus. Le mercure, s'il a réellement les propriétés qu'on lui attribue, doit donc entraver la marche de la grossesse.

M. Depaul, en terminant, a dit que lo mercure guérissait très-vite la syphilis des enfants. Je renverrai M. Depaul à son propre rapport

sur les faits de syphilis vaccinale du Morbihan. Mais M. Depaul a cité des faits: 7 enfants atteints de syphilis vaccinale ont été traités par lui pendant 2 mois ; il les a revus 2 mois après ; 5 enfants ont été guéris, 2 sont morts de maladies dites étrangères à la syphilis. M. Depaul nous assure que les observations seront publiées. Je les attends, mais j'avoue qu'en entendant dire : j'ai vu les enfants pendant trois mois, par la même bouche qui me dit que je n'ai pas assez d'expérience après avoir vu des malades 6, 10, 12, 18 et 20 mois, j'ai le droit d'être surpris.

En fait, messieurs, je n'ai pu trouver chez nos adversaires des observations, si courtes qu'elles soient, en réponse à mes statistiques.

Nous, à qui l'on a donné le mercure comme un excellent médicament, nous avons cherché par l'observation la confirmation d'une coutume thérapeutique ou sa condamnation. J'ai rempli mon rôle pour ma part ; nos adversaires ont-ils rempli le leur ?

Nos contradicteurs se sont bornés à nous dire : Le mercure est bon, et vous devez être de cet avis; les observations que vous avez fournies ne comptent pas. Ils ont ajouté que nous nous livrions à une exagération regrettable, et que nous étions jeune et sans expérience.

Ceci s'appelle de la passion, et je réponds en me plaçant cette fois sur le terrain de nos contradicteurs : Un fait ne se multiplie pas parce qu'il est raconté, les preuves parlées ne valent pas les preuves écrites, parce que je ne puis pas les contrôler, et que le contrôle, je vous l'ai montré, change bien des choses. Je dis qu'il n'est pas d'autorité ni de haute position scientifique qui puissent mettre une opinion au-dessus des observations. Si je ne convaincs pas mes collègues, du moins ceux qui viendront plus tard chercher le jugement des faits pèseront la valeur des assertions que j'ai combattues, pèseront les observations et les statistiques que j'ai produites et que plusieurs de mes contradicteurs ont accueillies avec un si facile dédain.

M. VERNEUIL. On a parlé des bains de sublimé ; je tiens à dire pour ma part que le mercure est absorbé quand on l'administre de cette façon. Sans citer les travaux récents d'Hoffmann, la clinique a démontré que les bains de sublimé agissent par l'absorption du médicament. Je me rappelle entre autres une femme couverte d'ulcères horribles, atteinte de contractures musculaires et présentant de plus des accidents pulmonaires. Cette malheureuse femme ne pouvait tolérer aucun médicament ; elle a guéri grâce à l'usage fréquent des bains de sublimé. J'en conclus que le médicament a non-seulement agi sur les accidents extérieurs, mais encore sur les altérations viscérales.

J'ai dit dans une précédente communication que j'avais fait dis-

paraître des gommes en employant divers topiques ; ce résultat, je ne le considère nullement comme une guérison définitive. On a donné comme sans importance une dose journalière de 50 centigrammes d'iodure de potassium ; je ne partage pas cette manière de voir ; je me rappelle que Bricheteau, à l'hôpital Necker, donnait 5 centigrammes d'iodure de potassium en lavage et qu'on voyait ainsi cesser les douleurs ostéocopes.

Après une courte discussion entre MM. Depaul et Després, relativement à la manière dont doit être faite la statistique médicale, la séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 12 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Montpellier médical, juin 1867 ;

Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin 1867 ;

Revue médicale de Toulouse ;

De l'opportunité de la version, par le docteur Chassagny (de Lyon) ;

Quelques mots encore sur les polypes fibreux naso-pharyngiens volumineux, par le docteur Michaux (de Louvain) ;

Bulletin de la Société de médecine de Paris, année 1866.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Liégeois, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

Une lettre de M. le docteur Heyfelder, membre honoraire, qui offre, de la part de M. le docteur Pélikan, une brochure intitulée : *Compte rendu des expériences de l'inoculation de la peste aux bêtes à cornes.*

— M. LARREY donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Ghérini, correspondant à Milan :

N. N..., belle fillette de neuf ans et demi, de la ville, naquit de parents sains.

La mère s'aperçut que la petite, au cinquième mois, avait la main gauche plus chaude et plus développée que l'autre; cependant la petite était belle et saine.

La mère, à deux ans, voyant que s'ajoutait, aux déjà dits phénomènes, une tumeur au dos et à la paume de la main avec une grande dilatation des veines de la main et de l'avant-bras, se décida d'avoir une consultation.

On déclara que la maladie était une tumeur sanguine et qu'il fallait la traiter avec les astringents, le froid et la compression, ce qui fut fait sans profit.

A sept ans, on me consulta sur la nature de la maladie et sur le plus convenable traitement.

En examinant avec attention la main, je m'aperçus que la température était plus élevée, les dimensions plus grandes, et qu'il y avait sur le dos une tumeur grande comme une pièce de 2 francs, et à la paume une plus petite. Toutes deux disparaissaient avec la compression faite soit sur les tumeurs, soit sur les artères radiale et ulnaire, ou sur la brachiale, pour reparaître aussitôt que cessait l'action de la compression. La pulsation était manifeste à l'œil, et avec l'auscultation on entendait un bruit placentaire. Les veines de la main, de l'avant-bras et du bras, étaient extrêmement dilatées; l'artère brachiale fort développée et flexueuse. Cependant la petite se portait toujours bien.

Par exclusion, on pouvait dire que ce n'était pas une angectasie, ni un anévrysme variqueux, ni un anévrysme par anastomoses, ni une varice anévrysmatique, mais comme les signes s'approchaient plus de cette dernière, j'ai résolu de nommer cette maladie une *varice anévrysmatique congénitale*.

Je proposai de faire la ligature successive des artères radiale et ulnaire. La ligature de la radiale fut faite le 9 mars 1865; ensuite, on a lié l'artère ulnaire le 26 octobre de la même année.

Chaque opération a porté ses avantages, en ce sens que la maladie conserve encore ses signes, mais très-peu sensibles.

Aujourd'hui, 30 mai 1867, la maladie est restée stationnaire, la petite est belle, saine, et les parents satisfaits. Le système veineux reste dilaté comme auparavant.

On remarque deux petites artères, une au dos, l'autre à la paume de la main, lesquelles se sont développées après les opérations. Peut-être, on devra plus tard les lier aussi.

Discussion sur le traitement de la syphilis (suite).

M. DIDAY s'annonce, non comme un champion appartenant à l'un

ou à l'autre camp, mais comme un intermédiaire disposé à leur tendre la main alternativement à tous les deux. D'ailleurs, il demande à étendre un peu la question, et à traiter, en termes plus généraux, de « la conduite à tenir par le praticien en face d'une syphilis déclarée. »

Or on est aujourd'hui, malgré quelques divergences, à peu près d'accord sur ces trois points : 1° que le mercure, donné pendant le chancre, ne prévient pas les accidents secondaires ; 2° qu'il exerce contre la plupart de ces accidents, une fois qu'ils sont déclarés, une influence favorable ; 3° mais qu'il n'empêche pas leur retour, ne détruit pas ce qu'on appelle la diathèse. Ce troisième point avait déjà été formulé avec uno autorité et une loyauté parfaites par M. Ricord, dont M. Diday, son élève, s'honore d'être le représentant à la tribune de la Société. Cet aveu d'un maître aussi accrédité que M. Ricord sur l'impuissance du mercure comme agent de cure radicale, a puissamment contribué, non-seulement à éclairer la science en la débarrassant d'une illusion trompeuse, mais encore à ramener les praticiens, en leur montrant que les récidives observées par eux ne provenaient pas de leur faute.

Eh bien, l'accord existant sur les trois points énoncés ci-dessus est, pour M. Diday, une preuve de la vérité de ses idées sur la nature non moins que sur le traitement de la syphilis.

En effet, pour lui, la syphilis est, comme d'ailleurs toutes les autres maladies virulentes, très-probablement une maladie parasitaire. En attendant que le microscope donne à cette hypothèse sa démonstration directe, M. Diday la justifie par les deux considérations suivantes :

1° Comme les germes des parasites, animaux ou végétaux, on voit les agents des maladies virulentes avoir une incubation fixe, puis sommeiller et se réveiller après une latence, une inaction plus ou moins longue ; témoin la mentagre, maladie due à un parasite, qui, après une guérison de plusieurs mois, se manifeste de nouveau et sans nouvelle contagion.

2° Il n'y a que des êtres organisés qui prolifèrent en des êtres identiques, aptes eux-mêmes à se reproduire. Or, cela étant, peut-on supposer que, uniquement en pathologie animale, un petit nombre de corps fassent seuls, sous le nom de virus, exception à cette loi qui régit le monde physique ?...

Remarquons à quel point la théorie parasitaire rend un compte logique de l'évolution de la syphilis. On sait que les parasiticides ont une influence destructive très-marquée sur l'être à l'état de développement ; en ont une nulle ou beaucoup moins marquée sur le même

être à l'état de germe. Eh bien, impuissance du parasiticide sur le germe et action de ce même parasiticide sur l'être développé, cela n'explique-t-il pas bien, en syphiliographie, l'impuissance du mercure donné pendant le chancre, ainsi que dans l'intervalle entre les récidives et son action sur les accidents secondaires, ainsi que sur chacune de leurs récidives?

Mais dans l'étude de l'évolution de la syphilis, il ne faut pas tenir compte seulement de l'agent morbide. L'organisme, c'est-à-dire le milieu dans lequel cet agent opère, doit aussi être pris en considération. Or, la parasitographie fournit encore, à cet égard, des données certaines. Elle enseigne qu'une condition favorable pour le développement des parasites, c'est l'affaiblissement de l'être sur lequel ils vivent : voyez les achorions, les pediculi se multiplier chez les enfants lymphatiques, débilités, les champignons, les lichens sur les arbres vieillis ou malades.

Ceci nous apprend, continue M. Diday, que la syphilis peut guérir seule quand l'agent morbide a peu de force et que l'organisme du sujet infecté est vigoureux : ceci a d'ailleurs été démontré par l'observation. A ce sujet, M. Diday renvoie aux dix-huit exemples de guérison spontanée, dont son livre contient la relation détaillée : la guérison, dans ces cas, remonte aujourd'hui à huit, dix, douze ans, et, pour l'un d'eux, à vingt ans.

Ceci nous apprend encore que l'hygiène reconstituante est le seul moyen à employer dans l'intervalle entre les récidives, en même temps qu'un adjuvant précieux pendant la durée même de ces récidives.

Sur ces données s'établit un traitement, sans exclusions systématiques, où le spécifique et l'hygiène interviennent chacun à leur tour, selon les besoins, dans une juste proportion, sans donner le spectacle d'un médicament asthénique, antiplastique, débilitant, donné à outrance, pendant tout le cours d'une maladie essentiellement débilitante elle-même. Ici encore, nous nous retrouvons avec M. Ricord, qui, plus que personne et avant qui que ce soit, a réduit l'usage du mercure; qui, contre la syphilis même, sait en vrai praticien en ajourner l'emploi quand on est en présence d'une complication débilitante; qui enfin a toujours recommandé de l'associer à un régime tonique.

Répondant à M. Depaul, qui doute du pouvoir de la nature et de l'hygiène, soit pour prévenir, soit pour guérir la syphilis héréditaire, M. Diday reconnaît que, en pareil cas, le mercure doit toujours être administré, qu'il y aurait faute grave à l'omettre. Cependant il veut établir que la nature et l'hygiène font ici tout autant que les remèdes; et il le prouve par deux faits. Le premier, c'est que la série d'enfants

qui naissent successivement de deux parents syphilitiques sont de moins en moins infectés, même quand ces parents n'ont suivi aucun traitement, l'action fœticide du virus s'épuisant spontanément au fur et à mesure de chaque naissance; Haase, Bertin, Bardinet, Doyon et Drou, ont publié des preuves cliniques irrécusables de cette loi. Secondement, M. Diday cite le cas d'un nourrisson syphilitique, qu'il traitait par le mercure, et chez lequel on voyait néanmoins le mal s'aggraver et menacer la vie, lorsqu'on découvrit que la nourrice s'adonnait passionnément aux alcooliques. Confié à une meilleure nourrice, l'enfant a guéri, quoique, à partir de ce changement, on ne lui ait plus donné de mercure.

D'après ces notions, M. Diday traite la syphilis de la manière suivante :

Il ne donne pas le mercure durant le chancre primitif, ou du moins il ne le donne que rarement, que si, après quatre semaines, l'induration devenue très-consistante, annonce une de ces véroles fortes contre lesquelles il y a lieu d'agir, non-seulement dès que la première éclosion d'accidents se révèle par des manifestations apparentes, mais dès qu'on est sûr qu'elle est en voie de s'opérer.

Il ne donne pas de mercure contre les accidents secondaires si ceux-ci sont légers, et si la constitution du sujet promet une force suffisante de résistance à l'agent morbide. Il en donne, au contraire, si la première poussée, au lieu de consister en roséole, en papules discrètes, se compose de macules foncées, de squammes, de pustules.

Même conduite à l'égard des récidives ultérieures. Pas de mercure si elles sont espacées, consistant en lésions superficielles, si leur apparition peut s'expliquer par des causes d'évolution indépendantes de la force du virus (tels sont les changements de saison, les excès, les émotions morales). Mercure dans les conditions opposées.

M. Diday donne cependant presque toujours le mercure pour certaines lésions contre lesquelles il possède une efficacité incontestable · l'iritis, l'onyxis, l'albuginite, la dysphonie. Au contraire, il ne le donne pas, s'il n'existe qu'une syphilide palmaire ou plantaire, ou des plaques muqueuses, maladie contre laquelle l'action d'un traitement mercuriel interne est égal à zéro.

Mais, dans les divers cas où il juge le mercure indiqué, M. Diday ne le continue que jusqu'à ce qu'il ait influencé l'organisme, ce qui se reconnaît à une gingivite commençante. Huit à dix jours d'un traitement avec 10 centigrammes de proto-iodure de mercure et une friction de 4 grammes d'onguent napolitain par jour, lui suffisent ordinairement pour obtenir ce résultat. Avec cette manière d'agir, conforme d'ailleurs au mode selon lequel on use des autres spécifiques,

il a l'avantage, n'irritant pas le tube digestif et n'habituant pas l'organisme à l'action curative du remède, de pouvoir recommencer ce court traitement avec le même succès, chaque fois qu'une nouvelle poussée en démontre l'indication.

Mais la syphilis ne conserve pas, pendant toute sa durée, les mêmes caractères. Secondaire, elle se donne à quiconque la veut prendre; elle engendre des lésions contagieuses; elle guérit. Tertiaire, elle ne survient que dans des cas déterminés; ses lésions ne sont plus contagieuses; elle n'est plus curable, ou du moins elle ne l'est que comme le sont la dartre, le rhumatisme, la goutte.

Ces changements de caractères dénotent une transformation de nature. De même que l'intoxication saturnine, paludéenne, rubéolique, donne lieu à des perturbations profondes, à la leucocytémie, à l'anémie, à l'albuminurie, de même l'intoxication syphilitique peut, dans certaines conditions, se transformer en une diathèse. Ces conditions sont la privation de sommeil nocturne, les émotions du jeu, les excès alcooliques, la vie sédentaire dans un air confiné, etc.

Le tertiarisme, en d'autres termes la syphilis devenue diathèse, ne se guérit pas plus par les médicaments que le rhumatisme par les bains térébenthinés, que la goutte par une saison à Vichy, que les dartres par les eaux d'Uriage (les plus puissantes de toutes cependant contre cette affection). De même, l'iode n'est pour la syphilis tertiaire qu'un excellent palliatif. Pour la guérir, il faut un changement radical et permanent de toutes les conditions de la nutrition : résidence, profession, alimentation, hygiène morale.

Revenant à la question plus spécialement portée devant la Société, M. Diday demande à la Société elle-même si, par sa composition, elle se sent bien compétente pour trancher un problème aussi grave; si elle ne ferait pas mieux d'en renvoyer la solution à un congrès de spécialistes convoqués spécialement dans ce but.

M. VERNEUIL. Je crois être l'interprète de la Société en remerciant M. Diday, qui a bien voulu venir de si loin prendre part à la discussion actuelle. Il est toutefois une phrase de son allocution que je ne puis laisser sans réplique. Notre collègue craint que la Société, composée surtout de chirurgiens proprement dits, n'ait pas toute la compétence désirable pour juger les points litigieux de l'histoire de la syphilis. Il pense que ces problèmes difficiles seront plus sûrement résolus dans un congrès de spécialistes.

Je ne saurais partager cette manière de voir; je suis convaincu que nous sommes parfaitement compétents et que nulle réunion ne saurait l'être davantage.

Nous sommes arrivés pour la plupart à l'âge de la maturité, nous

avons en moyenne plus de vingt ans de pratique, et la théorie nous est connue dans ses moindres détails. Depuis longtemps, dans la clientèle privée ou dans les hôpitaux, nous soignons les maladies vénériennes. Un bon nombre d'entre nous a passé plusieurs années dans les établissements spéciaux, et tous nous avons étudié la vérole comme les affections des yeux, des voies urinaires, des organes génitaux dans les deux sexes, et autres objets de diverses spécialités; nous connaissons tout cela comme les fractures, les luxations, les hernies, les anévrysmes et bien d'autres sujets tout aussi difficiles, tout aussi compliqués.

Il me semble même que pour connaître à fond une affection aussi fréquente, aussi variée, aussi protéiforme que la vérole, il y a plus d'avantage à être encyclopédiste qu'à tenir toujours ses yeux fixés sur un seul point de la science et de la pratique.

Si l'on interrogeait le passé et le présent, on verrait que les plus grands progrès, les découvertes les plus utiles dans le champ des prétendues spécialités, ont été réalisés et promulgués précisément par les esprits à vues larges et non par les spécialistes. Ceux-ci d'ailleurs sont fort sujets à l'erreur et se trompent tout aussi bien que les autres, malgré leurs longues méditations exclusives.

Si M. Diday a fait faire des progrès réels à la syphiliographie, c'est justement parce qu'il sait aborder tous les points de la science médicale comme il le prouve chaque jour dans l'estimable journal qu'il rédige.

En résumé, que les syphiliographes fassent un congrès s'ils le veulent, mais il est évident que nous pourrons en attendant traiter avec fruit la question du traitement de la vérole.

Ceci dit, je veux examiner quelques points du discours de M. Diday. Je constate d'abord avec plaisir qu'il ne croit pas fermement à la guérison, et à plus forte raison à la guérison de la syphilis tertiaire. Je vois ensuite que M. Diday est partisan du mercure dans les cas où nous le croyons indispensable. Seulement il l'administre d'une manière particulière, comme le premier syphiliographe, et comme proposait de le faire M. Panas dans une des dernières séances.

Dans cette méthode on donne le spécifique à haute dose, de façon à faire disparaître les manifestations secondaires en un temps relativement court; après quoi on suspend, pour reprendre plus tard au besoin. On cherche à juguler les accidents.

Les partisans du mercure qui sont dans cette enceinte suivent pour la plupart d'autres errements. Ils le prescrivent à petite dose et en prolongent longtemps l'emploi pour combattre peu à peu le mal, sans avoir la prétention de l'anéantir rapidement.

Si je ne me trompe, ces deux méthodes sont radicalement différentes, et je crois que la Société ferait bien de les étudier comparativement avec le plus grand soin. Je ne me pose point en législateur; mais à mon sens et avec les idées générales qui me guident en théorie et en pratique, la seconde méthode anciennement inaugurée à Montpellier me paraît infiniment supérieure et plus rationnelle que la première. C'est un point à discuter.

Je n'ajouterai qu'un mot. Nos contradicteurs disent que nous donnons du mercure pendant deux ans; cela pourrait prêter à l'équivoque. Oui, nous donnons du mercure pendant le cours des deux premières années quand la chose nous paraît utile, mais avec des interruptions et non pendant sept cents jours consécutifs. Le premier traitement mercuriel dure à la vérité quatre mois en moyenne, mais pendant le reste de la cure, un nombre égal de jours suffit ordinairement. Je fais cette remarque pour éviter un malentendu qui n'est que dans les mots.

M. DESPRÉS. La proposition d'un congrès faite par M. Diday n'a point été accueillie favorablement. La Société de chirurgie est absolument compétente, la discussion l'a bien prouvé, et l'on a vu se produire successivement des affirmations émanant d'une grande autorité et des preuves empruntées à l'observation directe. Un congrès ne ferait pas autre chose, ce seraient encore des preuves et des opinions personnelles. Quant à voter des conclusions, c'est toujours à tort qu'une société s'engage dans cette voie. Quant au fond de la question qui s'agite en ce moment devant la Société, j'ai déjà dit qu'il fallait compter les faits et les juger. Les faits démontrent que les accidents syphilitiques guérissent seuls ou reviennent indéfiniment. Dans les syphilis malignes précoces, le mercure est sans action et quelquefois même il est nuisible; en un mot tout dépend, quant aux résultats de la thérapeutique, du degré d'intensité de la syphilis qu'on a traitée.

Je remercie M. Diday de l'appui qu'il nous a prêté. Je vois un mouvement parmi mes collègues, je m'explique : M. Diday nous a cité cette observation de Lallemand, qui montre des avortements successifs résistant au traitement mercuriel et s'arrêtant grâce aux préparations d'or.

Je n'en veux pas davantage ; c'est une preuve que, dans ce cas, les avortements ont cessé par suite de l'épuisement naturel de la syphilis. M. Diday nous parle d'un nourrisson auquel il a donné du mercure et qui ne guérissait pas. En cherchant bien la cause de cet insuccès, on trouva que la nourrice buvait. On changea la nourrice et on cessa le mercure ; l'enfant guérit. Y a-t-il une meilleure preuve

qu'une bonne nourriture et une bonne hygiène valent plus que le mercure?

M. DIDAY. J'ai déjà dit que je n'étais pas aussi radical que M. Després; cependant je trouve qu'on n'a point assez tenu compte des observations que j'ai publiées et qui sont relatives à des guérisons de syphilis obtenues sans l'emploi des mercuriaux. L'une d'elles remonte à vingt ans, et j'ai encore l'occasion de revoir la malade.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nanisme avec polysarcie.

M. TRÉLAT présente un sujet chez lequel on peut observer tous les caractères de l'arrêt général du développement consécutif à la naissance.

Léon B... est âgé de dix-huit ans, il a 104 centimètres de taille; son poids est d'environ 35 kilogrammes. Ses parents, régulièrement conformés, ont eu quatre enfants. L'aînée et les deux cadets sont bien développés; Léon est le second. Il a exactement l'aspect d'un enfant de vingt à vingt-deux mois amplifié; même figure enfantine, même sourire facile, mêmes plis à la racine et dans la longueur des membres. Les dents, au nombre de dix-huit, appartiennent toutes à la première dentition; les deux incisives médianes supérieures, tombées il y a deux ans, n'ont pas été remplacées; mais on voit à leur niveau la gencive amincie et soulevée par les deux incisives de la seconde poussée.

A la base du cou et dans la région des reins, on apprécie, sous le tégument, une épaisseur considérable de graisse; c'est son accumulation qui détermine les plis des membres qui ont été indiqués. Il est probable que cette accumulation de graisse ne se borne pas au tissu cellulaire sous-cutané, mais qu'elle a envahi les espaces inter-organiques et peut-être même le tissu de certains organes. La marche est difficile; le sujet doit être soutenu par les mains et ses pas sont courts et roides; la respiration est courte et manifestement insuffisante. Le sujet mange peu et digère bien. Il est souvent et opiniâtrément constipé.

C'est entre deux et trois ans que ses parents s'aperçurent que son développement ne suivait pas une marche régulière.

Léon parle, mais sa prononciation est enfantine et sa voix entrecoupée par la brièveté de la respiration. Il faut suivre avec attention pour entendre ses mots; cependant quand il s'aperçoit qu'on ne l'a pas entendu, il se reprend volontiers et prononce mieux. Il répond juste aux questions simples; il sait l'heure et le jour. Il n'écrit pas,

mais il sait lire; sa lecture est lente, un peu difficile, mais continue; néanmoins les mots un peu longs et les termes inusités lui échappent complétement. C'est, en somme, une intelligence faible et paresseuse, mais ce n'est ni un idiot, ni un crétin, ni un imbécile, dans le sens propre de ces mots.

Cet individu, curieux à étudier, aurait nécessité beaucoup d'autres constatations; mais M. Trélat, qui l'a rencontré par hasard il y a peu de jours (on montre l'enfant pour de l'argent), n'a pu les faire.

M. LARREY. J'ai vu, dans une tournée à la Rochelle, un enfant qui ressemblait beaucoup à celui-ci; il avait onze ans, il était très-obèse et se mouvait à peine. S'il eût marché, cet enfant eût présenté un double varus. Je voudrais savoir en quoi consiste la nourriture du sujet présenté par M. Trélat, car chez l'enfant dont je viens de parler l'état de monstruosité était favorisé par un régime spécial; la nourriture de ce malheureux consistait en biscuits. Ces faits conduisent à déplorer la tolérance qui permet l'exhibition de ces êtres si mal conformés; il serait désirable qu'on vît cesser l'opposition qui existe entre l'ordre formel et la tolérance abusive.

M. TRÉLAT pense que la monstruosité chez l'individu qu'il présente ne peut être attribuée au genre d'alimentation; l'examen des traits, la persistance des dents temporaires, la configuration des membres, etc., militent en faveur d'un arrêt de développement.

M. MARJOLIN se joint à M. Larrey pour déplorer la trop grande tolérance de l'autorité, eu égard à l'exhibition des individus mal conformés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 19 JUIN 1867.

Présidence de M. LARREY.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. Labbé et Désormeaux, qui s'excusent de ne pas assister à la séance ;

Une lettre de M. Guéniot, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire ;

M. E. Godin, pharmacien, adresse à la Société des échantillons de nouvelles préparations mercurielles qui lui paraissent devoir présenter les avantages du mercure, sans en avoir les inconvénients.

M. le Dr Pasturel adresse deux observations relatives à la puissance du mercure dans certaines maladies organiques. Une analyse de ce travail sera communiquée à la Société.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1867;

Bulletin de l'Académie royale de médecine, année 1867;

Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1865 ;

Tratado teorico y clinica sobre fiebres periodicas, par le docteur Manuel Maria Ponte. Puesto sabello, 1867.

A l'occasion de la correspondance :

M. DESPRÉS. Puisqu'il arrive ici quelques observations de syphilis traitée avec succès par le mercure, je désire donner aussi une observation contraire qui m'a été envoyée par un médecin de la ville, M. le docteur Smyttère.

Voici un extrait de la lettre que m'a adressée notre confrère:

« J'ai eu, dit-il, la syphilis en 1861, à l'âge de trente-quatre ans. Elle m'a été inoculée pendant un accouchement, et j'ai voulu voir sur moi ce que deviendrait la vérole livrée à elle-même. Appelé par une sage-femme pour extraire un placenta retenu dans l'utérus, et ayant une écorchure au pouce droit, je vis se développer au bout de peu de jours un chancre qui devint induré et dont je porte la cicatrice, puis de la lymphangite et de l'adénite axillaire. Je laissai faire, continuant ma vie habituelle et me contentant de prendre des bains. Au bout de six semaines apparut une première poussée de roséole générale; puis, plus tard, apparut une seconde poussée, croûtes dans les cheveux et la barbe, perte de cheveux et perte de poils de la barbe, plaques muqueuses suintant entre les fesses, parce que je marchais beaucoup. Enfin, un petit bouton d'ecthyma à la région sourcilière gauche, et un autre, très-volumineux, à la cuisse gauche, apparurent et durèrent avec une anémie, des bourdonnements dans les oreilles et de la surdité pendant cinq mois. »

Malgré ce qui était dit à M. Smyttère, il n'a rien fait. Si ce n'est qu'il a pris quelques pilules de proto-iodure de fer contre l'anémie, et qu'il a placé deux ou trois fois de la pommade au calomel sur les plaques muqueuses, comme siccatif. « Depuis le mois de février, ajoute M. Smyttère, ma santé a toujours été florissante. »

Notre honorable confrère se nourrissait bien et ne cessait de se livrer à ses occupations. Voilà pour la médication. Quant à ses intentions et ses opinions médicales, elles sont tout entières d'accord avec celles qu'enseigne la physiologie, à savoir : que les maladies, causées par un virus ou un poison introduit dans le sang, ne peuvent guérir que par une élimination plus ou moins lente, mais spontanée, pendant que les individus se soutiennent et entretiennent la régularité de leurs fonctions.

M. DEPAUL. J'étais absent à la dernière séance, mais je désire joindre ma protestation à celle de mes collègues. M. Diday a émis des prétentions qui ne sont point acceptables ; c'est peu parlementaire pour un membre correspondant de venir nier la compétence de la Société de chirurgie dans une question de syphilis.

A l'occasion du procès-verbal, une courte discussion s'engage entre MM. Depaul et Després sur la valeur de la statistique sommaire qui a été recueillie par ce dernier à l'hôpital Saint-Louis. Cette discussion est motivée par une lettre de M. Hillairet, qui déclare que la statistique de M. Després ne présente pas les garanties suffisantes.

M. DESPRÉS. Je repousse l'accusation que M. Hillairet a portée contre ma statistique, parce que M. Hillairet s'est fondé sur les rapports de ses malades et de ses infirmiers.

Suite de la discussion sur la syphilis.

M. Alph. GUÉRIN. Le point de départ de la discussion sur le traitement de la syphilis est une opinion jetée sans importance dans un rapport sur l'ulcération chancreuse. Le rapporteur était porté à croire que le bichromate de potasse est un remède utile contre la syphilis; il émit l'idée que le mercure pourrait bien n'être pas indispensable dans le traitement des maladies syphilitiques; mais cette opinion était émise avec tant de prudence qu'il n'en eût certes pas été question longtemps, si un de nos collègues, avec un peu plus d'ardeur, n'eût pas dit hardiment et nettement que le mercure est inutile dans le traitement de la vérole. De l'opinion prudente à l'opinion exclusive et hardie, il n'y a pas pourtant grande distance : elles se rapprochent l'une de l'autre en ce sens qu'elles abandonnent la maladie à elle-même, elles diffèrent en ce que l'une affirme, tandis que l'autre doute.

Quand on dit seulement : *je suis porté à croire,* on n'appelle pas

la réfutation et j'aurais été d'avis de laisser M. Dolbeau continuer ses expériences sur le bichromate de potasse et d'attendre une communication explicite à ce sujet, avant de discuter cette thérapeutique. Notre collègue sait aussi bien que nous qu'il n'a pas ajouté grand' chose à ce que l'on avait dit sur l'efficacité du bichromate de potasse dans les affections syphilitiques ; il nous a engagés à le suivre sur ce terrain, nous lui répondons que notre conscience ne nous le permet pas, à nous qui regardons sa thérapeutique comme purement expectante, et qui n'avons pas la plus petite frayeur du traitement par le mercure.

Nous refusons l'invitation de M. Dolbeau, il fera tout seul ses expériences, il a le droit de les faire, parce qu'il n'a pas les mêmes croyances que nous, et quand, dans quelques années, il saura à quoi s'en tenir, il nous dira le bien et le mal qu'il aura faits, il ne fera pas beaucoup de mal, soyez-en sûrs, il est trop perspicace pour ne pas s'arrêter vite dans un chemin qui ne le conduirait pas où il veut arriver. Bientôt, il reconnaîtra avec effroi que son traitement ressemble à celui de M. Després, et nous le verrons venir dire ici, avec conviction, que le mercure est le seul agent véritablement utile dans le traitement de la première période de la syphilis.

J'ai eu le tort de prendre la parole après avoir entendu le rapport de M. Dolbeau et de dire de suite ce que je pensais du traitement de la syphilis. J'aurais mieux fait d'en appeler seulement de M. Dolbeau ayant traité un trop petit nombre de malades pendant un temps trop court à M. Dolbeau ayant vu plus et plus longtemps. J'ai trop de confiance dans sa sagacité, pour croire qu'il a besoin d'être combattu, pour revenir aux idées que la Société de chirurgie professe.

Vous avez tous eu, je crois, la même pensée que moi, puisque le traitement par le bichromate de potasse a été laissé de côté, que personne ne l'a discuté et qu'on l'a considéré implicitement comme une des formes de l'abstention.

Cette discussion nous a valu la bonne fortune de voir au milieu de nous un correspondant dont nous connaissions tous la plume élégante, mais dont nous n'avions pas encore été à même d'apprécier l'habileté de parole. J'avoue que, pour ma part, j'ai été pendant une heure sous le charme de cette élocution nette, précise, douce et finement maligne, et j'aurais eu grand'peine à ne pas applaudir notre collègue, si, avant de quitter la tribune, il n'avait eu la malheureuse idée de nous jeter à la tête, sans nous bien connaître, un reproche immérité ! Ce reproche prémédité nous a d'autant plus surpris que notre collègue s'était complu, à plusieurs reprises, à nous remercier de notre

hospitalité. Nous devions supposer qu'il terminerait son discours par l'expression du même sentiment, et voilà qu'après nous avoir prévenus qu'il allait nous dire quelque chose de désagréable, il fait feu sur la Société en visant à la tête! Heureusement personne n'a été atteint. Répondrons-nous à l'accusation dirigée contre la Société ; dirons-nous que presque tous ici, après avoir été chargés d'un service spécial pendant plusieurs années, nous continuons à voir chaque jour aux consultations des hôpitaux, un grand nombre de malades affectés de syphilis; irons-nous, usant de représailles, faire le procès aux spécialistes qui nous attaquent? Pour moi, je crois que nous ne le devons pas, la Société de chirurgie est placée trop haut dans l'opinion du monde médical, pour qu'une attaque violente, de quelque part qu'elle vienne, puisse l'atteindre.

Oublions donc les prétentions de notre collègue de Lyon, pour le remercier d'avoir bien voulu nous apporter son contingent de lumières et voyons si ses opinions reposent toutes sur une observation irréprochable.

Je ne parlerai pas de la partie hypothétique de son discours, car M. Diday qui a été si clair et si précis plus tard, a commencé par une justification des plus obscures de ses idées sur la nature parasitaire de la syphilis et de toutes les maladies virulentes. J'aborde la partie pratique où j'ai la bonne fortune de me trouver d'accord avec M. Diday, bien plus souvent que je ne le pensais, mais pas aussi souvent que je l'aurais souhaité.

Notre collègue de Lyon a commencé, dit-il, par penser, comme M. Després, que la syphilis se guérit toute seule ; que le mercure est inutile et qu'un traitement hygiéno-reconstituant est suffisant pour tous les cas. Aujourd'hui, il n'est plus du même avis, il pense qu'il faut donner du mercure toutes les fois que les manifestations de la syphilis sont menaçantes ; il se contente du traitement hygiéno-reconstituant dans les cas seuls où l'éruption est légère et donne l'espoir que la maladie s'éteindra d'elle-même. C'est déjà faire une grande concession aux mercurialistes, puisque le mercure est jugé indispensable toutes les fois que *l'éruption est forte,* mais cette concession est insuffisante, car les idées de M. Diday me semblent se contredire entre elles.

Je ne comprends guère, en effet, comment il faut s'abstenir de donner du mercure contre les plaques muqueuses et le chancre induré et pourquoi il faut en donner pour combattre une syphilide papuleuse ou pustuleuse.

Ce n'est pas la première fois dans cette discussion que l'on confond

l'action du médicament contre les manifestations et celle qu'il exerce sur la constitution.

M. Diday donne le mercure uniquement contre les manifestations de la syphilis ; il le donne contre les syphilides, jusqu'à disparition de cet accident, il ne l'administre pas quand il n'y a que des plaques muqueuses, parce qu'il ne suffit pas pour les faire disparaître. De ce que les plaques muqueuses résistent au traitement mercuriel, il conclut que le mercure est inutile dans cette période de la syphilis. Cette conclusion ne me paraît pas rigoureuse. Comment, en effet, le mercure agit-il quand on l'administre dans les syphilides? Croyez-vous qu'il n'exerce son action que sur les manifestations cutanées? Il me semble bien plus rationnel d'admettre que c'est en atténuant le virus, en l'endormant seulement, si vous voulez, mais en agissant toujours sur lui et en le rendant incapable de se manifester. S'il était prouvé qu'il ne suffit pas pour faire disparaître les plaques muqueuses, ce ne serait pas une raison pour ne pas y avoir recours dans le but de prévenir le développement de nouveaux accidents. Mais de nombreuses observations m'autorisent à soutenir que les plaques muqueuses superficielles cèdent à l'action du mercure comme les autres syphilides.

M. Diday pense que le mercure agit directement contre les manifestations ; nous croyons, au contraire, qu'il n'a d'action sur elles qu'indirectement en combattant leur cause. Notre collègue croit que la syphilis est incurable, nous pensons, au contraire, que, s'il est des affections réfractaires au traitement, la plupart cessent de se manifester quand elles ont été combattues par des moyens suffisamment longs et énergiques. Nous pensons même que la syphilis est une maladie qui s'éteint pour ne plus revenir. M. Diday lui-même partage cette opinion. Puisqu'il admet des véroles à divers degrés, pourquoi n'en admettrait-il pas d'assez faibles pour ne pas résister au mercure dont il reconnaît l'efficacité contre les manifestations syphilitiques?

M. Ricord a bien dit qu'on ne guérit pas de la vérole, mais c'est l'expression d'un découragement momentané, car cette opinion est en flagrante contradiction avec ce fait aujourd'hui incontestable que l'on a deux fois la vérole. Nous avons, en effet, presque tous vu un nouveau chancre induré chez un individu ayant eu antérieurement la vérole. Or, tant qu'il y a des manifestations syphilitiques, la production d'un chancre infectant étant impossible, nous sommes autorisés à soutenir qu'on est guéri d'une première vérole, quand on est apte à contracter un nouveau chancre.

On veut que le mercure ne soit propre qu'à combattre les manifestations syphilitiques; mais sur quoi se fonde-t-on pour soutenir cette opinion? Est-ce que la saignée qui fait cesser les manifestations de la pneumonie, n'a pas agi contre l'inflammation du poumon? Est-ce que l'huile de foie de morue à haute dose, aidée des moyens reconstituants employés contre la scrofule, agit seulement contre les ganglions tuméfiés? est-ce que le principe du mal n'est pas attaqué? La scrofule, elle aussi, a été considérée comme incurable, mais elle a ses degrés comme la syphilis et personne ne niera, je pense, qu'il y a des scrofuleux qui guérissent. N'est-ce pas, en effet, une manifestation scrofuleuse que les ganglions suppurés dont nous voyons les traces indélébiles chez des gens qui vieillissent et meurent sans avoir eu d'autre accident que ceux pour lesquels ils ont été traités dans leur enfance?

Ne disons donc pas que la syphilis est incurable; elle guérit; mais après un traitement long, beaucoup plus long qu'on ne le dit généralement. Un de nos collègues a cru avoir trouvé une arme terrible contre les partisans du mercure; il a vu avec des accidents syphilitiques des malades qui avaient subi précédemment un traitement mercuriel et il en a cité quelques-uns. J'aurais compris cette attaque, si nous lui avions dit que nous ne nous séparons jamais d'un malade qu'après l'avoir guéri, mais il apprendra plus tard les exigences d'un service d'hôpital où il faut de la place pour les grands accidents; il sait déjà que les syphilitiques ne sont pas toujours faciles à retenir même lorsqu'on a un cachot pour se faire obéir; pour moi qui n'ai jamais eu recours à ce dur moyen pendant les quatre années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, je n'oserais pas dire que j'ai guéri, complétement et pour toujours guéri une malade de cet hôpital, il faut bien d'autres soins pour venir à bout de cette cruelle maladie; il faut donner le mercure pendant plusieurs mois; laisser le malade se reposer, recommencer le traitement, le cesser et le reprendre encore, en étudiant de la manière la plus attentive l'action du mercure, sur l'estomac, sur les intestins; en tenant compte de l'appétit du malade, de son sommeil, de ses forces et du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis les dernières manifestations de la syphilis.

Ce traitement auquel j'ai recours est très-différent de celui que M. Diday a adopté depuis qu'il a reconnu l'insuffisance de l'expectation et du régime hygiéno-reconstituant, et pourtant il s'en rapproche un peu par le repos accordé aux malades. Notre collègue ne donne le mercure que pendant huit ou dix jours, mais il y revient chaque fois

qu'il y a de nouvelles manifestations. S'il ne poursuit pas la maladie avec persévérance, quand elle paraît céder, c'est qu'il n'a pas comme moi l'espoir de la vaincre pour toujours. La longueur du traitement auquel il faut soumettre les malades pour triompher de la syphilis m'a fait un peu modifier mes idées sur l'administration du mercure. C'est toujours an protoiodure mêlé à l'opium, que je donne la préférence, mais il n'est pas douteux qu'à la longue, ce médicament, comme tous les autres, fatigue l'estomac de certains malades et que dans ces cas il doit être remplacé par d'autres préparations. Je me suis servi avec grand avantage, des fumigations de cinabre que je n'avais pas employées à l'hôpital de Lourcine, mais seulement comme adjuvant, pour laisser à l'estomac le temps de se reposer.

Je pense comme autrefois, que le traitement externe ne peut pas être suivi longtemps sans qu'il y ait salivation, maladie des gencives et des dents. Un de nos collègues nous a beaucoup vanté les frictions; telles qu'il les fait, elles se rapprochent assez des frictions *fortes*, vantées autrefois, elles en diffèrent pourtant en ce que les malades ne sont pas préalablement saignés. Je ne vois pas grand inconvénient à ce que quelques grammes de pommade mercurielle soient employés en friction, mais ce traitement sera nécessairement de courte durée et sera toujours insuffisant pour attaquer la maladie dans son essence, si on n'y a recours que pendant quelques jours. Il n'est pas étonnant que du mercure employé à dose suffisante pour produire la salivation ait une efficacité réelle contre les accidents syphilitiques, il y a longtemps déjà que M. Ricord a formulé d'une manière très-précise une loi thérapeutique qui rend compte de ce résultat que Béranger de Carpi, qui vivait à la fin du dix-septième siècle, connaissait aussi bien que nous. *Les effets du mercure*, dit M Ricord, *sont d'autant plus efficaces qu'on peut en faire prendre des doses plus fortes en des temps plus courts.*

Mais il ne faut pas que ces doses vous mettent dans l'impossibilité de continuer et de reprendre le traitement aussi longtemps et aussi souvent que la maladie l'exige. Or, il résulte des chiffres que M. Panas nous a donnés, que la salivation arrive de la douzième à la treizième friction; qu'elle a eu lieu chez la moitié des malades environ et qu'elle a obligé à suspendre le traitement pendant un temps qui a varié de dix à vingt-cinq jours, il a oublié de nous dire combien de temps les frictions ont été faites, après le premier repos, et son expérience ne lui permet pas de savoir combien il y aura de rechutes après un ou deux traitements par les frictions mercurielles. Si on avait la chance de se guérir après deux ou trois séries de frictions, c'est-à-dire après

avoir salivé à deux ou trois reprises, on aurait déjà de belles chances pour ne pas garder ses dents bien longtemps, mais si, tous les six mois ou tous les ans, il faut recommencer à saliver, les incisives, les canines, les petites et les grosses molaires y passeront toutes sans exception. M. Panas est tellement épris des frictions mercurielles qu'il paraît porté à croire que le mercure administré intérieurement a fort peu d'efficacité; or, M. Diday qui emploie les frictions et qui administre en même temps du protoïodure comme tout le monde, fait disparaître en huit ou dix jours les accidents pour lesquels il faut à M. Panas vingt-six jours de traitement et vingt-six frictions.

Si le traitement intérieur est plus long, il est mieux toléré et c'est son grand avantage; quand la tolérance ne s'établit pas du côté de l'estomac, quand malgré l'opium, auquel on l'associe, il survient des troubles de l'intestin, il faut bien avoir recours aux frictions et aux fumigations mercurielles, mais le traitement externe doit, à mon avis, être réservé pour ces cas.

Un de nos collègues, répondant à M. Depaul, m'a fait dire en citant un passage de mes leçons, sur les organes génitaux de la femme, que le mercure est dangereux pour les femmes enceintes. Je n'ai pas dit cela et je crois même avoir dit le contraire. J'ai fait une distinction entre la dose que supporte une femme dans l'état de parturition et celle que tolère un autre individu. J'avais d'abord pensé que l'enfant conçu par une femme syphilitique court de grands risques de succomber à la vérole, il fallait se presser de traiter la mère et pour aller plus vite, j'avais cru qu'il fallait des doses fortes de mercure. Les trois observations rappelées par M. Després m'ont prouvé que dix centigrammes de protoiodure de mercure administrés à la mère, pendant moins d'un mois, suffisent pour causer la mort de l'enfant, tandis que cinq centigrammes guérissent la mère et font vivre l'enfant.

Si l'on oublie la dernière proposition, on donne à la première (celle que l'on vous a citée), un sens qu'elle n'a jamais eu pour moi.

Je viens de parler des doses que les malades peuvent supporter; permettez-moi d'insister sur ce sujet. M. Diday nous a dit qu'il donne à ses malades 10 ou 15 centigrammes de protoiodure de mercure en même temps qu'il les soumet aux frictions mercurielles. Je doute que l'on puisse continuer longtemps ce traitement; notre collègue le cesse au bout de 8 ou 10 jours.

Au bout de ce temps, il a fait absorber à ses malades autant de mercure que s'il les avait soumis pendant un mois à une dose trois fois moindre, et il doit avoir un meilleur résultat, puisque les effets sont d'autant plus efficaces que les doses sont plus fortes dans des

temps plus courts. La question serait jugée en faveur des grandes doses du mercure donné à l'intérieur et des frictions mercurielles, si le traitement par des doses faibles données deux, trois ou quatre fois plus longtemps pouvaient donner le résultat que l'on recherche, c'est-à-dire prévenir de nouvelles manifestations; mais il n'en est rien : ni les frictions, ni les hautes doses administrées intérieurement, ni trois, quatre et cinq mois de traitement par des doses faibles, ne mettent à l'abri de ce que l'on a appelé ici des récidives C'est pour cela que je donne la préférence, d'une manière générale, à la méthode par extinction, qui permet de poursuivre la malad e aussi longtemps que cela est nécessaire, sans provoquer les accidents auxquels donne lieu infailliblement le traitement que l'on pourrait appeler à *grande vitesse.*

Il me reste à parler de la période qui précède les éruptions. On vous a dit d'abord que donner le mercure avant l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, c'était faire un traitement *préventif.* On n'avait pas assez réfléchi que lorsque le chancre infectant apparaît, l'économie est imprégnée du virus syphilitique comme elle l'est du virus varioleux, quand le premier bouton de variole se produit. On en était resté à l'histoire de la syphilis d'il y a 20 ans, alors que la distinction entre les denx chancres n'avait pas encore étéfaite. Aujourd'hui, presque tout le monde admet que la vérole existe dès que le chancre infectant a commencé son évolution. Si nous avons besoin qu'il ait subi un certain développement pour le reconnaître, il n'en est pas de même de l'économie du malade qui en ressent les effets pendant l'incubation, avant que la maladie se traduise d'une manière appréciable pour le médecin.

Si la maladie existe dès que le chancre paraît, pourquoi ne pas la combattre dès qu'on en a reconnu la nature ? M. Diday seul est conséquent, quand il ne donne pas de mercure à cette période de la syphilis, car il va plus loin, il soutient que ce médicament est sans effet, même sur les plaques muqueuses.

M. Panas qui, comme M. Diday, emploie les frictions mercurielles, a pourtant été converti à cette méthode par la promptitude avec laquelle il l'a vue triompher de cet accident; mais n'opposons pas les résultats de M. Panas à ceux de M. Diday, et examinons froidement, sérieusement, cette opinion qui veut qu'on attende, après le chancre, de nouveaux accidents pour commencer le traitement.

On a comparé la syphilis à la scrofule parce que l'une et l'autre pénètrent l'économie tout entière pour un temps indéfini. Eh bien! attend-on, pour traiter la scrofule, que les os soient malades ? Il

suffit que les ganglions, par leur développement, indiquent le vice de la constitution, pour que l'on s'efforce d'y porter remède. Y a-t-il dans le cadre nosologique une affection que l'on ne combatte qu'après l'évolution de plusieurs de ses périodes?

De toutes les raisons alléguées par M. Diday, la meilleure à mon sens, serait que M. Ricord se fût converti à cette manière de voir, mais notre collègue de Lyon s'est fait illusion et il a prêté au maître une opinion toute différente de celle que nous trouvons dans les publications les plus récentes :

« Pour moi, dit M. Ricord dans ses leçons sur le chancre, l'induration est le commencement de la diathèse ; le chancre induré n'est en quelque sorte que le premier des accidents secondaires. Eh bien ! dans cette opinion, je dois administrer et j'administre en effet le mercure, *dès le début*. Une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et du premier jour où je puis le constater, j'attaque de front la diathèse. »

M. Ricord diffère bien parfois le traitement quand il se trouve en présence d'un chancre, mais c'est qu'alors il n'est pas sûr de la nature de l'ulcération. Il attend alors, mais son expectation cesse, dès qu'il est sûr d'avoir affaire à la vérole.

Je suis allé plus loin ; j'ai souvent remarqué que la violence des accidents est en raison directe du temps qui s'est écoulé entre l'infection et le commencement du traitement. En donnant le mercure au début, c'est-à-dire au moment où le chancre infectant est reconnaissable, on mitige les accidents, on produit une vérole faible ; en attendant, on laisse se produire une vérole forte, suivant des expressions qui paraissent devoir s'introduire dans l'histoire de la syphilis.

Lorsque la Société de chirurgie me chargea, avec M. Cullerier, de suivre les expériences de M. Lukomski, qui prétendait guérir la syphilis, non avec un système reconstituant, ni avec le chromate de potasse, mais en inoculant le virus vaccin, je fus obligé de laisser les malades sans autre traitement que la vaccination, et je vis alors des choses que je n'avais pas l'habitude de voir chez les femmes qui habitaient l'hôpital depuis quelques jours. Je vis des plaques muqueuses couvrir la voûte palatine tout entière et des roséoles d'une intensité telle, que je crus devoir cesser les vaccinations et commencer le traitement mercuriel.

M. Diday n'a pas toujours nié que l'administration du mercure dans la période du chancre eût de l'influence sur les accidents ultérieurs ; il dit au contraire qu'elle en retarde l'apparition. On lit en effet, dans son *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 298 :

« La syphilis constitutionnelle apparaissant dès le 25e jour, et cela malgré *l'influence retardatrice (reconnue de tous et si irrécusablement constatée par la statistique de M. Bassereau)* du mercure donné presque dès le début du chancre....., »

Que dirai-je de plus? Le mercure, qui retarde l'apparition des syphilides, est-il donc sans action contre la vérole dans la période du chancre? S'il retarde les syphilides, comment osez-vous dire qu'il ne les atténue pas? Quand, après l'administration du mercure contre le chancre infectant, on voit une syphilide légère, on dit que l'on a eu affaire à une *vérole faible* et on croit avoir une explication suffisante. Il y a longtemps que l'on a imaginé ces virus forts et ces virus faibles : en 1852, M. Bassereau, en parlant du nombre des frictions que l'on croyait devoir employer pour guérir la vérole, disait déjà : Il y avait des virus forts, des virus faibles et des virus de force moyenne. — Si l'on admet des degrés dans la force du virus, il faut prendre garde qu'elle ne nuise au contrôle sévère de la thérapeutique rationnelle.

On m'a fait dire que la pratique des médecins qui attendent les manifestations dites, autrefois, secondaires, est celle des ignorants. Je n'ai pas dit cela, et craignant que ma pensée ne fût mal interprétée, je l'avais déjà expliquée. Je peux être vif parfois, j'ai toujours l'intention de respecter l'opinion de mes collègues. J'ai dit que cette manière de voir serait commode pour les ignorants, parce qu'il deviendrait inutile de savoir distinguer les chancres infectants de ceux qui ne le sont pas, le traitement général devant être réservé pour l'époque où se produisent les éruptions cutanées.

Pour moi qui professe que l'on ne peut pas commencer le traitement trop tôt, vous comprenez de quelle importance il est de pouvoir dire, dès qu'un chancre apparaît, s'il est l'indice de l'infection syphilitique.

Je prie ceux de mes collègues qui se plaignent de l'inefficacité du traitement mercuriel contre les syphilides de vouloir bien administrer le mercure à dose suffisante au début de la première manifestation de la syphilis, et j'espère qu'ils adopteront le traitement que je crois le meilleur.

Je vous demande la permission, en finissant, de rapprocher deux opinions de celui de nos collègues qui s'est cru le plus autorisé dans la question qui nous occupe : il a professé autrefois que le mercure doit être banni du traitement de la syphilis ; quelques-uns d'entre nous le croyaient encore antimercurialiste, et M. Després, pensant n'être que son auxiliaire, invoquait son opinion et sa longue expérience, qui lui semblaient militer irrévocablement contre nous. Eh bien, vous l'avez

entendu, dans la dernière séance, menacer des dernières rigueurs les médecins qui s'abstiendraient de donner du mercure aux femmes enceintes. Assurément, nous n'irions pas si loin. Un médecin ne relève à nos yeux que de sa conscience ; quand il croit faire bien, on peut le plaindre s'il se trompe, plaindre encore plus ses malades ; mais personne n'a le droit de l'accuser quand le mal qu'il fait ne provient ni d'une intention coupable, ni d'un défaut d'instruction.

Cette longue discussion sur le traitement de la syphilis n'a pu que confirmer dans leur croyance ceux d'entre nous qui croient à l'efficacité du mercure. Si quelqu'un doutait encore de cette efficacité, je rappellerais les résultats du traitement de la syphilis des nouveau-nés par les bains de sublimé. Vous savez, messieurs, que, dans ce cas, quelques-uns de ces bains suffisent pour guérir les plaques muqueuses, quelque nombreuses et quelque larges qu'elles soient. Je sais bien que l'on peut objecter que c'est un traitement purement local, puisque jamais il ne donne lieu à la salivation et aux autres accidents de la bouche que le mercure produit ordinairement ; mais les enfants nouveau-nés sont dans des conditions particulières pour ne pas avoir de gingivite, et l'expérience de plusieurs années m'a démontré que les enfants traités par cette méthode ne sont pas seulement guéris promptement des manifestations syphilitiques ; j'en connais qui sont arrivés à huit ans et qui, depuis le traitement par les bains de sublimé, n'ont pas encore eu d'autres accidents et jouissent d'une magnifique santé.

Malheureusement, on n'obtient pas les mêmes résultats pour les adultes. J'ai tenté le même moyen pour les femmes de Lourcine, et 40 grammes de sublimé dans un bain ordinaire ne suffisent pas pour guérir les manifestations plus vite que par le traitement interne. J'avoue que, pour les adultes, j'ai été trop timide dans l'emploi de ce moyen. Je craignais qu'une trop forte dose de sublimé venant à être absorbée, il y eût des accidents graves du côté de la bouche. J'ai eu pour les bains de sublimé les mêmes craintes que pour les frictions, et je me suis abstenu d'avoir recours d'une manière générale à ces deux moyens, parce que je crois que le traitement interne bien institué, en tenant compte de l'état des organes du malade, suffit dans l'immense majorité des cas et peut-être institué d'une manière plus rigoureuse.

M. DESPRÉS. J'entends M. Guérin déclarer qu'il a pu mettre jusqu'à quarante grammes de sublimé dans un bain sans que les malades en aient éprouvé aucun inconvénient.

Ceci fait voir combien est problématique l'action des mercuriaux

administrés au moyen des bains. Quant aux résultats obtenus chez les enfants, je suis convaincu qu'ils eussent été également produits par l'usage des topiques.

M. PANAS. Sans vouloir prolonger la discussion, je désire cependant relever certaines assertions qui se sont produites. Je dirai sommairement à M. Després que je n'ai point présenté ici des observations de choix, mais que j'ai laissé de côté les faits qui, pour diverses raisons, étaient demeurés incomplets.

Relativement au discours de M. Diday, j'ai deux remarques à présenter. Notre confrère est beaucoup plus mercurialiste que ne le faisaient supposer ses publications. C'est avec raison qu'il a contesté l'action du mercure pour faire disparaître certaines plaques muqueuses. J'ai moi-même remarqué que les frictions agissent assez mal contre les plaques muqueuses des amygdales.

Enfin, je dirai à M. Guérin que la salivation peut être évitée si l'on emploie les frictions avec prudence. Ce mode d'administration du mercure a le double avantage d'agir rapidement et de ne pas provoquer de troubles digestifs.

Chez les enfants, il est presque impossible d'employer les préparations mercurielles, mais heureusement les frictions guérissent les petits malades sans jamais provoquer la stomatite.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Liégeois soumet à l'examen de la Société un sujet atteint d'une hypertrophie générale du système osseux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Marjolin présente : 1° une pièce de fractures multiples des os du bassin ; 2° une pièce de fractures de la partie supérieure du corps du fémur.

Fractures multiples des os du bassin avec luxation du sacrum sur l'os iliaque gauche ; déchirure du canal de l'urètre, chez un enfant de 10 ans.

L'enfant qui est le sujet de cette observation est un de ces malheureux petits Italiens amenés à Paris par des individus qui ne sont pas leurs parents et qui les laissent errer toute la journée, souvent dès

l'âge de 3 ou 4 ans. Il était monté avec deux de ses camarades derrière un camion lourdement chargé, lorsqu'il tomba, et une des roues lui passa sur le corps. Amené très-peu après à l'hôpital, je le trouvai dans l'état suivant. visage pâle, exprimant les plus grandes souffrances, extrémités froides, pouls à peine sensible. La connaissance était intacte ; on commença par chercher à le réchauffer et à le ranimer, en lui faisant prendre un peu d'eau sucrée chaude et de rhum.

D'après la direction des blessures, qui suivaient une sorte de diagonale, commençant à la jambe droite et finissant à la jambe gauche, il était probable que la voiture avait passé en biais sur le corps.

Toute la partie interne de la jambe droite n'était qu'une large plaie contuse, les os n'étaient pas fracturés. Au pli de l'aine et à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche existait une autre plaie contuse. Le périnée était également contus, présentant une tumeur fluctuante. L'introduction d'une sonde dans la vessie fut impossible. Comme l'enfant était tourmenté par une envie incessante d'uriner, je pratiquai, sur le point le plus saillant du périnée, sur la ligne médiane, une ponction avec une lancette ; il s'écoula du sang en assez grande quantité, et le malade parut un peu soulagé ; mais cet adoucissement à ses souffrances fut de courte durée, et il succomba quelques instants après.

Bien que pendant la vie je n'eusse pas trouvé de mobilité de l'os du bassin, je pensai, d'après la cause de l'accident, qu'il devait y avoir fracture de l'os du bassin, avec déchirure de l'urètre, et très-probablement hémorrhagie interne. L'autopsie vérifia ce que j'avais avancé.

Des deux côtés, les branches horizontales et descendantes du pubis étaient fracturées, la symphyse pubienne rompue ; enfin, en arrière, il y avait eu un arrachement de la symphyse sacro-iliaque gauche, et le sacrum porté en avant offrait un exemple de luxation sur l'os iliaque gauche. L'urètre était déchiré, et une assez grande quantité de sang était épanchée dans le petit bassin et dans le périnée. Sur quelques points l'os iliaque gauche présentait plusieurs félures.

Fracture du fémur avec pénétration du fragment inférieur dans le col. — Varioloïde contractée dans la salle. — Mort.

Le 2 mai 1867, on amena à l'hôpital Sainte-Eugénie un enfant de 2 ans 1/2, tombé d'un quatrième étage dans la rue. Sur le moment,

il y eut un peu de commotion, mais elle ne fut pas de longue durée. M. Saison, interne du service, reconnut en l'examinant une crépitation assez marquée, tout à fait au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le lendemain, à la visite, le gonflement était tel que je ne pus retrouver ce signe ; l'enfant remuait assez facilement la cuisse. Pour le moment, le membre inférieur fut immobilisé, et des cataplasmes froids furent maintenus en permanence sur la hanche. Les jours suivants, lorsque le gonflement fut diminué, je reconnus facilement la crépitation et une mobilité anormale ; il n'y avait, du reste, plus de déformation de la cuisse, ni de raccourcissement, ni de position anormale. D'après la hauteur de la chute, je pensais qu'il pouvait exister un écrasement de la tête ou du col du fémur.

L'enfant, malgré la gravité de l'accident, était dans les meilleures conditions ; aucun symptôme cérébral n'était survenu, et il n'y avait eu aucun accident annonçant une lésion interne Tout semblait donc devoir présager une heureuse terminaison, lorsque,le 22 mai,il fut atteint, comme plusieurs de ses petits voisins, de la varioloïde qui régnait dans la salle. Cette affection, dont nous n'avions pu le garantir, n'ayant encore, depuis 14 ans, aucune salle d'isolement dans l'hôpital, amena des changements très-notables dans son état général ; il allait cependant un peu mieux lorsqu'il survint, le 27 mai, une nouvelle complication : la scarlatine. A dater de ce moment, il tomba dans un état d'affaissement des plus marqués, une large escarre se fit au sacrum et l'enfant succomba épuisé.

A l'ouverture, on constate une fracture du fémur gauche tout à fait à son extrémité supérieure, la capsule articulaire est intacte. Le fragment inférieur est taillé en biseau, son extrémité libre repose en haut et en arrière dans une excavation creusée en partie au dépens de la face inférieure et antérieure du col, et un peu au-dessous du grand trochanter. En examinant la forme de la cavité et la configuration du fragment inférieur, on comprend qu'il y a eu une sorte de pénétration.

Malgré l'époque éloignée de l'accident (trente-huit jours), il n'y avait aucune consolidation ; seulement tout autour de la cavité accidentelle, existait un bourrelet osseux inégal. Le sommet du fragment inférieur était environné, surtout en arrière et en dehors, dans l'étendue de plus de trois centimètres, de végétations osseuses. Quelle a été la cause du retard de la consolidation ? Il y a eu plusieurs causes.

L'enfant était un peu rachitique, les changements journaliers d'appareils pour le tenir propre le siége et la configuration de la frac-

ture, enfin les accidents survenus dans les vingt derniers jours, sont autant de raisons que l'on peut invoquer comme ayant retardé la formation du cal, et pouvant donner lieu plus tard à une pseudarthrose.

J'ajouterai que dans ces chutes par les fenêtres, que nous avons très-souvent occasion d'observer chez les enfants, les lésions que nous avons le plus habituellement observées, sont des lésions du crâne, des fractures plus ou moins graves des membres ; mais jamais, comme chez les adultes, nous n'avons rencontré des déchirures des principaux organes contenus dans les cavités thoraciques ou abdominales, et suivies d'hémorragies internes.

La séance est levée à 5 heures et demie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1867.

Présidence de M. LEGOUEST.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Houel réclame relativement à une inexactitude qui s'est glissée dans une observation rapportée par M. Desprès dans son discours du 6 juin. Il s'agit d'une malade qui était entrée à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, pour une affection syphilitique.

M. Després dit que M. Houel, « après avoir donné du mercure à cette malade, s'en est lassé. » La vérité est que M. Houel n'a donné au plus à cette femme que 20 pilules de proto-iodure de mercure, et que comme la femme se refusait à les prendre, il l'a renvoyée de l'hôpital.

M. DESPRÉS. M. Houel m'a interrompu deux fois à l'occasion de cette malade. Comme l'interruption n'a pas été mentionnée au procès-verbal, au lieu de : M. Houel a échoué avec le mercure, il a fallu mettre M. Houel s'est lassé de donner du mercure, puisqu'il a dit qu'il n'en avait donné que pendant quelque temps.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Une série de brochures adressées par le docteur Gritti Rouo, chirurgien de l'hôpital de Milan. En voici les titres :

— Dell' Ottalmoscopo e delle malattie and-oculari per esso ricoroscibili.

— Stafiloma parziale della cornea grarito col metodo della legatura parzirle.

Tavola nosologica statestica e terapeutica per uso degli ospidali militari in tempo di guerra.

La medicazione solfitica.

Delle fratture del femore par arma de fuoco, etc.

Morte istantanea per ambolismo del arteria polmonale (Commission : MM. Panas, Foucher et Tillaux).

LECTURE.

M. GUÉNIOT lit un travail ayant pour titre : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.* (Commissaires : MM. Trélat, Blot et Guyon.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. LE FORT.

Notre discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis touche bientôt à son terme et nous ne saurions nous dissimuler qu'elle a excité dans le public médical un intérêt, qui impose à chacun de nous le devoir d'apporter, dans l'étude de cette importante question, le contingent de son expérience, quelque limitée qu'elle puisse être. Chirurgien de l'hôpital du Midi, chargé, depuis dix-huit mois, d'un service public de vénériens, je ne crois pas pouvoir garder le silence et m'abstenir, alors que des tentatives de traitement par l'expectation, tentatives poursuivies pendant deux mois et dont j'avais demandé à la Société de Chirurgie de vouloir bien vérifier et contrôler les résultats, sont venues confirmer davantage encore, dans mon esprit, mon opinion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de certaines formes de la syphilis.

Un de nos membres correspondants, dont j'ai écouté avec le plus vif intérêt et un grand plaisir la parole élégante, facile et pleinement autorisée, M. Diday (de Lyon), a cru pouvoir nous diviser en deux camps : les mercurialistes et les antimercurialistes. Les forces, sinon la vaillance, seraient dans ce cas fort inégalement réparties, car je ne trouve guère jusqu'à présent, comme ennemis absolus du mercure, que M. Dolbeau dans son rapport, imprimé dans nos bulletins officiels, et M. Després, dans ses discours, sinon dans sa pratique.

Pour ma part, je considérerais comme un danger public cette croisade entreprise contre les mercuriaux, s'il n'était pas, heureusement, assez facile de montrer que cette révolution qu'on nous annonçait, n'est, tout au plus, suivant le mot spirituel de M. Ricord, qu'une simple émeute.

Déjà, dans nos précédentes séances, plusieurs d'entre vous ont réduit à leurs justes proportions, les prétentions du traitement tonique et réparateur; je laisserai donc de côté l'examen des opinions émises par notre collègue M. Després, me bornant à examiner celles que renferme le rapport de M. Dolbeau, car c'est avant tout ce rapport qui est en discussion.

Le travail de M. de Saint-Germain n'avait pas trait directement au traitement de la syphilis; notre nouveau collègue s'était borné à analyser et à résumer nos connaissances sur l'érosion chancreuse, en les confirmant par ses propres observations; ce n'était qu'incidemment qu'il soulevait la question de savoir s'il n'y avait pas utilité à commencer le traitement mercuriel aussitôt après la constatation de l'érosion chancreuse et sans attendre l'apparition des accidents cutanés, dits accidents secondaires. Rien ne forçait M. Dolbeau à soulever la grave discussion qui continue parmi nous; mais il a cru devoir profiter de cette circonstance pour vous soumettre loyalement ses opinions à l'égard du mercure. Je ne saurais l'en blâmer, bien au contraire; mais cette spontanéité même me donne le droit d'exiger une réunion de preuves scientifiques et une rigueur d'observation bien autrement grande que dans les cas où les devoirs qui incombent à tous les rapporteurs, les forcent à donner leur opinion sur la portée d'une question soulevée, non par eux-mêmes, mais par le travail dont ils ont à apprécier la valeur.

Le rapport de M. Dolbeau semble surtout destiné à démontrer trois propositions principales : abstention de tout traitement général avant l'apparition des accidents secondaires; inutilité des mercuriaux après l'apparition de ces accidents; action héroïque de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires.

A une époque encore peu éloignée de nous, alors qu'on ne savait pas reconnaître le chancre infectant du chancre non infectant, il paraissait utile de s'abstenir de tout traitement général jusqu'au jour où l'on se trouvait en possession du véritable critérium, de la pierre de touche qui faisait juger de la nature réelle de l'accident primitif; on attendait la roséole avant de donner le mercure à l'intérieur, car les médecins, non sans raison peut-être, aimaient mieux, dans le doute, ne pas donner de suite des préparations mercurielles à quel-

ques malades qui en auraient eu besoin, plutôt que de les donner sans utilité à un grand nombre de vénériens non syphilitiques.

Aujourd'hui, Messieurs, les choses sont bien différentes. Les cas où le diagnostic entre le chancre mou et le chancre infectant est difficile ou douteux, sont, chez l'homme au moins, tout à fait exceptionnels, et, dans ces cas, l'auto-inoculation lève à peu près constamment toute incertitude. Nous savons donc toujours ou presque toujours, dans les deux ou trois premiers jours de l'arrivée du malade, si nous avons affaire à un chancre simple ou à un ulcère syphilitique.

Ces éléments d'appréciation et de diagnostic, M. Dolbeau, très au courant de la pratique syphiliographique, les possède comme nous; ce n'est donc plus par suite de l'incertitude du diagnostic, mais pour des motifs tout différents qu'il tient à s'abstenir. « Quelques syphi- » liographes, dit M. Dolbeau, ont bien avancé que le traitement pré- » ventif avait pour résultat d'atténuer en quelque sorte les manifes- » tations de la vérole; c'est là une hypothèse qu'il faudrait appuyer » sur des preuves : une simple assertion me paraît insuffisante alors » qu'il est bien démontré qu'il y a vérole forte et vérole faible, tout » cela en dehors de l'influence salutaire des préparations de mer- » cure. »

On ne peut mieux dire, et notre collègue me trouvera toujours de son côté, quand il demandera des preuves scientifiques à la place d'hypothèses; mais où sont les preuves scientifiques à l'appui de cette hypothèse qu'il avance à son tour comme une vérité démontrée quand il dit : « Le mercure n'empêche pas le développement des accidents » syphilitiques, il trouble, il pervertit l'évolution naturelle de la dia- » thèse. L'expectation ne porte aucun préjudice aux malades, le trai- » tement préventif ne les met pas à l'abri des accidents; il les re- » tarde, il les modifie, dit-on. Par conséquent, le traitement préventif » ne peut avoir d'autres résultats que de nous induire en erreur. »

Les preuves scientifiques irréfutables manquent de part et d'autre, aussi bien du côté de ceux qui, comme M. Dolbeau et la plupart de nos syphiliographes les plus autorisés, ne commencent le traitement qu'après l'apparition des accidents secondaires et ceux, beaucoup moins nombreux, qui donnent les mercuriaux dès que la nature syphilitique de l'accident local a été constatée; je suis de ces derniers, et, si je n'ai pas la certitude, j'ai la conviction de l'utilité qu'il y a à commencer de bonne heure le traitement spécifique.

Je voudrais pouvoir appuyer mon opinion d'observations rigoureuses : mais, outre que je n'ai pu encore, depuis deux mois, terminer le classement et le relèvement des 5,800 observations que j'ai prises presque toutes moi-même depuis dix-huit mois à l'hôpital du Midi,

vous savez, pour avoir passé presque tous par les hôpitaux spéciaux, combien y sont rares les observations complètes, concluantes, et vous savez aussi que les erreurs de diagnostic étant toujours admissibles, l'apparition tardive des accidents assez fréquente, et l'absence même de tout accident secondaire toujours possible, on reste souvent dans le doute sur le point de savoir s'il faut attribuer au médicament, à la nature, à la marche du mal, aux idiosyncrasies individuelles, les modifications survenues dans l'apparition des phénomènes consécutifs à l'accident syphilitique local.

Quoi qu'il en soit, je m'abstenais d'abord, à l'exemple de nos maîtres en syphiliographie, de donner le mercure aussitôt après la constatation de l'existence du chancre infectant; j'observais généralement alors l'apparition de la fièvre syphilitique, de la roséole, de l'impétigo dans les limites de temps ordinaire; mais bientôt, comme tant d'autres, je me suis demandé quelles raisons pouvaient empêcher de commencer de suite le traitement spécifique, ceux qui précisément regardent l'induration du chancre comme le premier signe d'intoxication syphilitique, comme le premier accident secondaire. Les raisons données, et je reviendrai tout à l'heure sur l'une d'elles, ne m'ont pas paru convaincantes; depuis un an j'ai changé de pratique. Lorsqu'un malade est atteint d'un chancre qui me paraît infectant, lorsque par l'auto-inoculation, opération absolument innocente à la condition de pratiquer sur le ventre dans la région de l'ombilic, je me suis assuré de sa nature, je donne aussitôt la liqueur de Van-Svieten; plusieurs fois les accidents secondaires ont manqué chez des malades que j'ai pu suivre pendant trois ou quatre mois et j'ai la conviction très-nette que le traitement spécifique (non point préventif, comme on le dit à tort, puisque l'empoisonnement syphilitique existe déjà commencé ainsi), dès qu'il n'y a plus doute sur le diagnostic, a une influence heureuse et très-marquée sur l'intensité des accidents généraux et locaux. L'avenir nous permettra, je l'espère, de baser nos convictions sur des preuves plus solides; mais, dès à présent, je crois que la doctrine de l'abstention jusqu'à l'apparition de la roséole, de la céphalée, etc., doit être soumise à révision et être de nouveau contrôlée. Rien ne prouve qu'un meilleur choix des médicaments, un meilleur mode d'administration des mercuriaux ne mettrait pas à peu près sûrement la majorité des malades à l'abri de l'évolution ultérieure des accidents syphilitiques.

Mais un autre motif a été invoqué à l'appui de l'abstention jusqu'au moment de l'apparition des phénomènes secondaires, et ici je reviens au rapport de M. Dolbeau : « J'aime à voir, dit-il, le développement naturel de l'infection, j'aime à baser le pronostic de la

» syphilis, surtout sur la forme et la nature des accidents secon-
» daires. »

Je doute fort que le malade partage sur ce point les goûts de notre collègue et je soupçonne fort les syphilitiques de préférer à un pronostic grave basé sur la constatation d'un cortége bien complet d'accidents secondaires, un traitement qui diminuerait la gravité du mal et de ses manifestations. Quelle peut être d'ailleurs l'utilité d'une pareille constatation, cette utilité est-elle si grande qu'il faille laisser se manifester des accidents graves pour voir « leur développement naturel ? »

Quand M. Dolbeau a constaté qu'il a affaire à une vérole forte, la guérit-il mieux, parce qu'il ne l'a pas troublée dans son développement, que nous ne la guérissons, nous qui cherchons par notre traitement à affaiblir la maladie ou du moins ses manifestations? en aucune façon, car, loin de commencer alors un traitement actif, notre collègue, ennemi absolu du mercure dont il a abandonné l'emploi, se borne à attendre l'arrivée des accidents tertiaires.

« La syphilis abandonnée à elle-même, dit le rapport de M. Dol-
» beau, peut guérir ou arriver sans encombre jusqu'à la période ter-
» tiaire. Les individus traités par le mercure ne guérissent pas abso-
» lument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes et ils arrivent,
» comme les autres, à la période des gommes et des exostoses. Voilà
» les raisons pour lesquelles j'ai abandonné le traitement mercuriel.
» Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations
» primitives ou secondaires. On gagnerait ainsi la période ultime
» qui cède si manifestement à l'iodure de potassium. »

Mon étonnement a été grand quand j'ai entendu cette phrase du rapport, et mon étonnement n'a pas diminué à la lecture.

Comment la syphilis abandonnée à elle-même peut arriver sans encombre à la période tertiaire! N'est-ce donc pas un inconvénient, je dis plus, n'est-ce donc pas un malheur de porter, pendant des mois, des années, des plaques muqueuses au scrotum, à l'anus, aux lèvres; d'être couvert de syphilides; d'être, non pas seulement un objet de dégoût, mais encore un péril pour les autres? Que fera le traitement héroïque par l'iodure de potassium, quand une exostose intra-crânienne viendra frapper brusquement d'hémiplégie un malheureux syphilitique; reformera-t-on avec l'iodure de potassium les os du nez, ou la voûte palatine détruite par la syphilis?

L'héroïsme de l'iodure est une illusion; vanter son efficacité fréquente, c'est rester dans la vérité des faits; affirmer son efficacité constante et absolue, c'est être dans l'erreur, et si nos cinq collègues, qui ont constitué ce jour-là la majorité de la Société de chirurgie,

avaient accepté l'invitation que j'avais cru devoir faire à tous, de venir dans mon service constater les résultats, scientifiquement observés, de deux mois d'expectation dans le traitement de la syphilis, ils eussent pu voir en même temps deux malades : l'un mon pensionnaire depuis dix-huit mois, atteint brusquement, quelques jours après son entrée d'une hémiplégie complète avec aphasie, amélioré, mais non guéri, malgré un traitement très-énergique par l'iodure de potassium; l'autre, atteint d'une gomme ulcérée ayant perforé la voûte palatine, nullement amélioré par l'iodure et allant mieux au contraire depuis qu'il est soumis à un traitement mercuriel qui n'avait jamais été employé sur lui.

Poser en principe qu'il faut s'abstenir de traitement antisyphilitique pour ne pas troubler l'évolution naturelle de la syphilis, prétendre qu'il est préférable d'attendre l'apparition des accidents tertiaires est une doctrine que je réprouve hautement; affirmer que l'iodure de potassium est héroïque contre les accidents tertiaires, c'est soutenir sans preuves scientifiques suffisantes une opinion dont les faits de chaque jour dénotent l'inanité.

Cette abstention, que conseille avec tant de conviction le rapport de M. Dolbeau, n'est cependant pas tout à fait volontaire ; elle paraît logiquement amenée chez lui par la certitude de l'impuissance du traitement antisyphilitique, c'est-à-dire du traitement mercuriel.

« Les sels mercuriels, dit le rapport, modifient l'évolution de la » syphilis, la retardent peut-être, mais ne la guérissent jamais. » Quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de cette opinion ? c'est ce que je vais examiner.

« En 1865, alors que j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, » j'avais sous ma direction deux salles de malades. Dans la première, » toutes les femmes furent traitées par le bichromate de potasse *intus* » *et extra*. Dans la seconde, on donnait la liqueur de Van-Swieten. » Toutes les syphilitiques ont été débarrassées de leurs accidents, » peut-être un peu plus lentement pour celles qui prenaient le bi- » chromate de potasse... Il était désirable de savoir dans quelles pro- » portions les récidives avaient lieu après l'usage du bichromate de » potasse. A ce sujet, *j'ai fait* des recherches dont voici les résul- » tats : 131 malades atteintes de syphilis ont été traitées dans mon » service pendant l'année 1865 ; sur ce nombre, 80 ont pris le trai- » tement mercuriel, et depuis, 44 de ces malades ont été admises pour » des récidives ; 44 récidives sur 80, c'est un peu plus de moitié. » 51 femmes ont pris le bichromate de potasse, et sur ce nombre il y » a eu 30 récidives.

» Pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la

» durée du traitement, ce qui est extrêmement variable, suivant les » cas, je donne les chiffres *tels que je les ai recueillis.* »

Ici, Messieurs, nous sommes en présence d'une statistique, c'est-à-dire une des preuves qui ont le privilége de faire sur l'esprit une impression puissante, et cette preuve a d'autant plus d'importance qu'elle démontrerait, suivant le rapport qui semble basé sur elle, que les récidives sont aussi fréquentes après l'emploi du bichromate, c'est-à-dire de l'abstention, qu'après l'emploi des mercuriaux. Grand amateur de statistique, j'ai le malheur d'être difficile à leur égard et de croire que des chiffres rapprochés les uns des autres, ou mis les uns sous les autres, ne constituent pas ce qu'on peut appeler une statistique médicale. Comme le disait très-justement le rapport, « pour bien apprécier ces faits, il faudrait tenir compte de la durée du traitement; » c'est ce que j'ai cherché à faire par un travail personnel, puisque le rapport était muet sur ce point.

Il était possible, en effet, que des malades n'eussent fait à l'hôpital qu'un séjour trop court pour qu'on pût les regarder comme ayant subi un traitement mercuriel suffisant; leur rentrée pouvait avoir eu lieu à une époque trop rapprochée de leur sortie pour qu'on puisse les regarder comme atteintes d'une récidive de leur mal. J'ai demandé par écrit à l'administration, et j'ai obtenu l'autorisation de compulser moi-même les registres des entrées à l'hôpital de Lourcine: j'ai dressé deux tableaux que je vous soumets, comprenant les malades qui font le sujet de la statistique et soignées par notre collègue, les unes salle Saint-Bruno, les autres salle Saint-Alexis, du 1er janvier au 1er octobre 1865, et rentrées dans cet hôpital jusques et y compris le 13 février 1867, date de la lecture du rapport de M. Dolbeau.

Cette recherche fort longue et très-délicate, quoique facilitée par l'excellente tenue des registres, enlève toute valeur scientifique à la preuve statistique contenue dans le rapport.

Peut-on considérer comme ayant subi un traitement antisyphilitique : la femme P... entrée le 11 et sortie le 20 avril, la femme R... entrée le 7 et sortie le 20 février, la fille B... entrée le 2 et sortie le 13 mai, la femme L... entrée le 17 et sortie le 18 janvier, c'est-à-dire le lendemain de son entrée?

Peut-on regarder comme ayant des récidives de leur mal, par cela seul qu'elles sont revenues réclamer une seconde fois un lit à l'hôpital, la fille L... rentrée 10 jours après sa sortie, M..., W... rentrées toutes deux après une absence de 8 jours, W..., B... après 3 jours, D... après 2 jours, et C... le lendemain de sa sortie?

Mais ce n'est pas tout. Cette recherche m'a amené à constater ce que j'étais loin de chercher, et ce que je voudrais pouvoir attribuer à

un malentendu ou une grave erreur de rédaction, nulle erreur de ma part ne me paraissant possible, puisqu'il ne s'agissait pour moi que de constater les entrées et les sorties, et que les registres de l'hôpital sont sur ce point d'uue exactitude rigoureuse.

44 malades rentrées après traitement mercuriel et 30 après traitement par le bichromate font 74; or, les registres de l'hôpitnl ne contiennent les noms que de 62 malades rentrées dans l'établissement après avoir été soumises aux soins de notre collègue, même en poursuivant ces recherches jusqu'au jour de la lecture du rapport, de telle sorte qu'en admettant que toutes les malades soignées par M. Dolbeau et rentrées à Lourcine eussent *toutes* été syphilitiques, sa statistique numériquement inexacte constituerait déjà une erreur matérielle grave.

Ce qui aggrave cette erreur, c'est que ces malades sont loin d'être toutes syphilitiques. M. Dolbeau, moins que tout autre, ne pouvait l'ignorer, puisque le registre de l'hôpital, sur lequel le diagnostic se trouve inscrit d'après les bulletins signés par M. Dolbeau lui-même, ne mentionne la syphilis lors des deux séjours faits par chacune d'elles que pour 15 malades de la salle Saint-Alexis et 11 malades de la salle Saint-Bruno. Nous sommes loin des chiffres 44 et 30.

11 des pensionnaires de la salle Saiut-Bruno n'ont eu, lors de leurs deux séjours, que des vagiuites, 6 des maladies non syphilitiques: métrites, cancer épithélial opéré du rectum, etc. Les mêmes circonstances se retrouvent pour la salle Saint-Alexis; comment M. Dolbeau, qui a soigné toutes ces malades, nous les donne-t-il comme ayant été *toutes* syphilitiques, comme ayant *toutes* pris soit des mercuriaux, soit du bichromate, lors de leur premier séjour à l'hôpital de Lourcine?

La preuve apportée par la statistique de notre collègue tombe complétement devant l'évidence de ces faits graves. Même en tenant compte des erreurs et des omissions de nos feuilles statistiques au point de vue du diagnostic qui s'y trouve porté, nous savons tous que Lourcine reçoit des vaginites comme le Midi des uréthrites, et cependant, même en comptant comme syphilitiques *toutes* les malades admises dans l'établissement, il resterait encore une absence absolue de concordance entre les chiffres, circonstance sur laquelle notre collègue, je l'espère, nous éclairera complétement.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès à présent que rien ne vient prouver ou même ne laisse soupçonner l'inutilité pour M. Dolbeau, la nocuité pour M. Després du traitement mercuriel dans la syphilis. J'ai voulu, vous le savez, m'éclairer sur ce point; j'ai cru pouvoir le faire, la conscience tranquille, à une époque où le rapport d'un collègue très-autorisé pouvait jeter quelque incertitude dans mon

esprit. Pendant deux mois j'ai supprimé les mercuriaux pour les malades de mon service; il m'a fallu peu de temps pour arriver à une entière conviction. Le phénomène le plus saillant était la persistance de la roséole; en général cette éruption pâlit après quelques jours de traitement et disparaît après 15 jours ou 3 semaines; chez presque tous mes syphilitiques rubéoliques, la roséole après deux mois persistait encore, aussi marquée que le premier jour; les plaques muqueuses que je traitais comme d'habitude par la cautérisation au nitrate d'argent disparaissaient rapidement, mais reparaissaient presque immédiatement sur un autre point du scrotum, de l'anus ou du pli génito-crural; chez quelques malades même, je n'ai pas cru pouvoir continuer; des éruptions d'ecthyma, de rupia accompagnées de céphalées violentes qui, sous l'empire de l'abstention, continuaient à augmenter, s'arrêtèrent très-vite sous l'influence des mercuriaux.

Il m'est impossible de laisser passer sans réflexion ce qui a été dit à cette tribune sur le bichromate de potasse, comme antisyphilitique.

Dans une Société scientifique tous les membres sont plus ou moins solidaires, et c'est déjà trop qu'on ait pu presque nier notre compétence. « J'en étais là, désespéré, car alors j'avais une foi entière dans » le mercure, lorsque je rencontrai un de mes amis, le Dr Leroux, » chirurgien-adjoint de l'hôpital de Versailles. Notre confrère me fit » part de quelques essais qu'il venait de faire avec le bichromate de » potasse. » Ceci se passait en 1863, et je n'aurais rien à en dire, si M. Leroux, dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé annoncer comme une nouveauté toute personnelle l'usage du bichromate de potasse contre la syphilis.

Or, depuis six ans, les journaux de médecine étrangers nous ont apporté de nombreuses observations sur l'emploi heureux ou inutile de cet agent thérapeutique; en 1856, le Dr Arestia soutenait dans notre Faculté une thèse sur le bichromate de potasse comme antisyphilitique, et, en 1855, M. Desmarres écrivait dans son 2e volume, p. 453 : « J'ai obtenu bien souvent, depuis quelques années, d'excel- » lents résultats de l'emploi du bichromate de potasse, essayé, sur » le conseil de Ed. Robin, à la place du mercure, par mon excellent » ami le Dr Vicente y Ledo. J'ai guéri bon nombre d'iritis syphili- » tiques et des accidents constitutionnels fort graves à l'aide de ce » médicament, qui m'a paru, dans beaucoup de cas, posséder les avan- » tages du mercure sans en avoir les inconvénients. Je l'ai souvent » employé contre les accidents secondaires, je le prescris suivant la » formule suivante : etc. »

Qu'il soit donc bien entendu que, si le bichromate peut n'être pas

un médicament utile dans le traitement de la syphilis, ce n'est certainement pas un médicament nouveau.

Je crois que presque tous nous sommes convaincus de la nécessité de donner des mercuriaux, je ne doute pas même que notre collègue, M. Dolbeau, n'ait modifié déjà les idées qu'il défendait dans son rapport ; mais, cette question résolue, il en reste encore bien d'autres à résoudre et des plus importantes. Quand, pendant combien de temps, à quelle dose faut-il donner les mercuriaux? Quelle est la meilleure préparation et le meilleur mode d'administration? Faut-il faire suivre le traitement mercuriel d'un traitement par l'iodure de potassium? Comment faut-il traiter les accidents locaux, tels que les plaques muqueuses? Faut-il, dans les cas d'accidents secondaires éloignés ou d'accidents tertiaires, et dans les cas où le malade n'a pas fait de traitement mercuriel, donner de suite l'iodure de potassium ou le faire précéder de l'administration du mercure? Telles sont les questions fort graves et fort difficiles à résoudre, que soulèverait la discussion aujourd'hui pendante devant vous; je ne veux pas les traiter en ce moment, car j'ai, sur bien des points, plutôt des doutes qu'une certitude, mais je vous demande la permission d'indiquer brièvement ce que j'ai cru constater à cet égard.

J'ai renoncé à peu près complétement à l'usage du proto-iodure de mercure, car j'ai été vivement frappé de l'insuccès fréquent de ce médicament administré, même à assez hautes doses, et je lui préfère de beaucoup le sublimé donné sous forme de liqueur de Van-Swieten.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire à l'usage du sublimé donné en solution, c'est d'être difficilement toléré et d'amener parfois de vives douleurs d'estomac. On remédie en partie à cet inconvénient en administrant la liqueur, non plus à jeun comme on le fait d'ordinaire, mais au moment du repas.

Lorsque cette précaution ne suffit pas, j'ajoute à la liqueur de l'albumine, qui neutralise les mauvais effets du bichlorure sur l'estomac, mais je n'emploie pas la formule de M. Mialhe, dont j'ai été fort peu satisfait. Je fais ajouter à un litre d'eau, rendue albumineuse avec un seul blanc d'œuf, un gramme de sublimé dissous dans l'alcool. Il se fait un précipité d'albumine et de mercure, et ce précipité retient presque tout, sinon tout le bichlorure. Il suffit que le malade agite la bouteille avant de prendre sa cuillerée de médicament.

Dans les services hospitaliers, la liqueur de Van-Swieten a de plus l'avantage de pouvoir être prescrite avec la certitude que la prescription sera suivie, car les malades la prennent devant le surveillant ; d'être d'un prix insignifiant, et cette considération, quelque peu médicale qu'elle soit, a une certaine importance ; elle m'a permis

de donner à mes frais, à la consultation du Midi, les médicaments à tous les malades (blennorrhagies, syphilis, etc.), sans excéder une dépense de 10 francs environ par mois.

Les frictions mercurielles dont M. Panas vous a entretenu, que j'emploie depuis quelque temps, et dont j'ai retiré d'excelleuts effets, me paraissent, dans certains cas, de beaucoup préférables aux autres préparations mercurielles.

La salivation cause à quelques-uns de nos collègues une frayeur que rien ne justifie. L'usage des mercuriaux à l'intérieur, pris même à hautes doses, n'a jamais causé à mes malades de salivation notable et encore moins inquiétante. Le nettoyage des dents et des gencives, la propreté de la bouche, l'usage du chlorate de potasse à l'intérieur mettent à l'abri de tout accident sérieux.

Les frictions mercurielles prescrites si souvent dans l'orchite ont, au contraire, amené presque toujours de la salivation, et quelquefois une stomatite sérieuse et inquiétante. A quoi tiennent ces différences? A l'absorption plus facile du mercure par la peau ? Je ne le crois en aucune façon. La cause est beaucoup plus matérielle, elle tient aux doses de mercure administré.

Un litre de liqueur de Van Swieten contient un gramme de sublimé; une cuillerée en renferme donc 20 milligrammes, et à la dose de deux cuillerées par jour nous donnons journellement au malade 40 milligrammes d'un sel mercuriel.

L'onguent mercuriel double contient, à parties égales, du mercure et de l'axonge; 5 grammes employées en frictions contiennent donc 2 grammes et demi de mercure, c'est-à-dire pour un seul jour ce que le syphilitique mis à la liqueur absorbe en deux mois. Sans doute tout le mercure des 5 grammes de pommade n'est pas absorbé, mais n'y en eût-il que la sixième partie, que la proportion serait toute autre que celle qui est administrée à l'état de sublimé en solution.

Je ne crains pas la salivation, mais il ne faut pas rendre le médicament responsable des accidents qu'il peut amener par une mauvaise administration.

Comment, à quelles doses faut-il administrer le mercure? Quand on débute dans le traitement de la syphilis, on ne tarde pas à être découragé par de fréquents insuccès; on voit des syphilis persister malgré tout ce qu'on fait; et lorsqu'on voit en même temps d'autres syphilis guérir sans mercuriaux, on passe par une période de doutes pendant laquelle on se demande si réellement le mercure a b en l'utilité qu'on lui attribue. Mais bientôt, en étudiant mieux les faits, on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne suffit pas de prescrire les mercuriaux suivant une formule toujours la même, mais qu'il faut varier

les doses, varier la durée du traitement, varier le mode d'administration. C'est là une étude difficile, je m'y livre chaque jour et chaque jour je vois que je dois encore la continuer, longtemps peut-être, avant de pouvoir formuler des préceptes rigoureux.

D'une manière générale ma conduite est la suivante : Lorsqu'un malade atteint de chancre se présente à moi, et que j'ai quelque doute sur la nature de l'ulcère, je pratique l'auto-inoculation sur l'abdomen, à droite et au-dessus de l'ombilic. Lorsque la piqûre est négative, que les caractères du mal sont ceux du chancre induré ou de l'érosion chancreuse, je donne immédiatement la liqueur de Van-Swieten. Après deux mois, si les accidents n'ont pas apparu, je laisse reposer le malade pendant quelques jours, puis il continue à prendre pendant six semaines une seule cuillerée par jour de la liqueur. Si les accidents apparaissent, je reprends la liqueur à la dose de deux cuillerées; je cesse après deux mois, si les accidents ont disparu, et je reviens à son emploi au moindre soupçon de réapparition des manifestations syphilitiques.

Je dirai peu de chose des plaques muqueuses. Contrairement à l'opinion de M. Diday, j'affirme qu'elles sont influencées par le traitement général; mais le traitement local a sur elles une action telle qu'il suffit à lui seul à les faire disparaître, qu'on emploie le nitrate d'argent, l'iode ou même le sous-nitrate de bismuth. Les plaques ne disparaissent pas toutes avec la même facilité, elles disparaissent facilement au scrotum, moins facilement à l'anus, moins facilement encore au pli génito-crural, assez difficilement à la langue, très-difficilement aux amygdales. Si l'on n'emploie que le traitement local, les plaques cautérisées disparaissent en quelques jours, mais d'autres apparaissent non loin de celles qui ont été guéries, le traitement général seul est réellement efficace.

Je termine ai en appelant votre attention sur un point important. A l'exemple de M. Ricord, beaucoup de syphiliographes donnent l'iodure de potassium à la suite du traitement mercuriel ; j'ai été frappé du grand nombre d'individus chez lesquels j'ai vu les accidents, disparus par l'usage des mercuriaux, reparaître sous l'influence de l'iodure, j'ai complétement répudié cette pratique, et je suis convaincu que votre observation ultérieure confirmera l'opinion que je soumets au contrôle de votre expérience.

M. DESPRÉS. M. Lefort qui, au commencement de cette discussion, avait annoncé qu'il ne prendrait pas la parole, l'a prise néanmoins pour vous exposer ses opinions sur la manière de donner le mercure. La Société ne peut pas en être plus heureuse que moi. Si je

n'ai pu en effet convaincre mes adversaires, j'ai au moins et de plus en plus, après avoir entendu M. Lefort, la satisfaction de trouver mes collègues dans la plus grande diversité d'opinion sur la meilleure préparation mercurielle, et sur le moment où il convient de la donner. M. Lefort n'ayant pas d'ailleurs touché à un seul de mes arguments, je passe.

J'apporte une nouvelle statistique des malades de l'hôpital Saint-Louis.

La statistique que j'avais établie moi-même à l'hôpital Saint-Louis, statistique sommaire, qui était une expression de faits plus rigoureuse que de simples affirmations, a été attaquée. Une certaine ombre a été jetée sur elle. Les partisans du mercure exigent en effet de leurs contradicteurs des garanties de premier ordre, et s'ils se bornent à affirmer qu'ils ont vu réussir le mercure, ils veulent trouver chez ceux qui les contredisent des preuves écrites et étendues.

Je viens compléter aujourd'hui ma première statistique de l'hôpital Saint-Louis par une statistique faite avec des observations longues, étendues, et qui ont encore ce mérite, d'être recueillies par un de nos estimés collègues qui ne partage pas mes idées.

M. Lallier, a qui j'ai emprunté ces observations, persuadé que j'étais, à l'avance, et sans le savoir, d'y trouver la confirmation de ma première statistique, possède tous les faits de syphilis qu'il a vus depuis quatre ans.

Ces faits, matériaux très-précieux, ont été recueillis en 1863, 1864, 1865 et 1866 par MM. Juillard, Serres, Bordier, Landrieux et Herbert, internes de M. Lallier et sous les yeux de leur maître.

Avant de vous parler de cette nouvelle statistique, je ne saurais trop remercier M. Lallier de m'avoir livré des faits qui peuvent attaquer une thérapeutique qu'il croit encore bonne ; permettez-moi de louer ici une telle bonne foi scientifique. J'ajoute que la statistique que je fais ici n'engage en rien les opinions de notre collègue.

Voici comment j'ai fait la statistique des observations de M. Lallier.

248 malades en puissance d'accidents syphilitiques ont été reçus pendant les années 1863, 1864, 1865 et 1866, à l'hôpital Saint-Louis dans les salles Saint-Louis, Saint-Thomas et Saint-Charles.

De ce nombre j'élimine 92 syphilis récentes datant de moins de six mois. Sur ce nombre cependant 17 avaient pris inutilement du mercure. Cela fait sur le chiffre des entrées une proportion de 18 pour cent de malades venus pour une syphilis récente déjà traitée inutilement par les mercuriaux. Et c'est là une proportion encore plus considérable que celle de mon service à Lourcine, qui n'est que de 12 à 14 pour cent.

Parmi les observations de M. Lallier, il en est un certain nombre, 29, où, par omission, il n'est fait aucune mention, s'il y avait eu auparavant traitement antérieur, ou bien où les mots traitement mercuriel et spécifique me paraissaient vagues, 10 observations sont regardées comme douteuses par l'observateur ; j'ai cru devoir les rejeter ainsi que les premières.

Il reste 117 malades ayant eu la syphilis depuis plus de six mois, dont l'observation ne laisse absolument rien à désirer. (M. Després lit plusieurs observations comme spécimen de chaque modèle d'élimination ou de conservation.)

J'ai fait trois groupes de ces malades :

Ceux qui étaient malades depuis plus de six mois, ceux qui étaient malades depuis plus d'un an, et ceux qui étaient malades depuis plus de 10 ans.

Les 117 malades sont ainsi décomposés :

A — 26 malades avaient leur mal depuis plus de six mois ; sur ce nombre :

10 n'avaient subi aucun traitement ou avaient été traités par des méthodes diverses et sans mercure ; 2 de ceux-là étaient aux accidents tertiaires ; 5 aux accidents secondaires et 3 aux accidents primitifs, proportion : 8, 5 pour 100.

16 avaient suivi un traitement mercuriel, 2 portaient des accidents tertiaires ou voisins des accidents tertiaires ; 12 avaient des accidents secondaires et 2 des accidents primitifs, proportion 15,2 pour 100.

Ainsi nous voyons que le mercure n'a aucun avantage réel, puisqu'il entre dans les hôpitaux plus de malades ayant subi un traitement mercuriel, que de gens qui n'ont fait aucun traitement ou se sont traités par des médications dépuratives ou autre et sans mercure.

B — 68 malades ont été reçus ayant leur syphilis depuis plus de 1 an, sur ce nombre :

18 ont été reçus ayant : 12 des accidents tertiaires, gommes et ulcères ou syphilides pustulo-crustacées ; 6 ayant des accidents secondaires. (Les malades atteints d'accidents tertiaires sont presque tous des femmes, et il s'agit de syphilis ignorées qui n'ont pas fourni aux médecins l'occasion de les traiter ou de ne pas les traiter. Quelques-uns de ces malades sont entrés pour des récidives d'accidents tertiaires et avaient été déjà traités par l'iodure de potassium et même le mercure.)

50 malades présentant, 6 des accidents tertiaires, 44 des accidents secondaires, avaient pris du mercure dans les services spéciaux des hôpitaux de Paris, à une ou plusieurs reprises et sous la direction de

MM. Ricord, Cullerier, Verneuil, Simonet, Cazenave, Gibert; des malades avaient été traitées à Lourcine par le mercure, par mes collègues ou mes prédécesseurs.

En établissant les proportions, nous voyons qu'il est entré, à Saint-Louis : d'un côté, 15,3 pour 100 de malades syphilitiques qui n'avaient pas pris de mercure ; de l'autre, 42 pour 100 de malades traités par le mercure.

C. Les malades ayant leur syphilis depuis plus de 10 ans sont ainsi divisés :

8 n'avaient fait aucun traitement, et plusieurs ne se doutaient pas qu'ils pussent avoir la syphilis. Il y en avait 4 qui avaient des accidents secondaires.

15 malades avaient été soumis au traitement par les préparations mercurielles ; sur ce nombre, 5 avaient des accidents tertiaires et 10 des accidents secondaires, ce qui donne une proportion de 6,7 pour 100 de malades non traités contre 12,6 pour 100 de malades traités par le mercure.

En somme, partout une différence entre les résultats de l'expectation, même sans traitement mercuriel, et si je séparais de la statistique ceux qui ignoraient leur syphilis, j'arriverais à une proportion de 4 pour 100 de récidives chez ceux qui n'ont pas pris de mercure, contre 42 pour 100 de malades ayant été soumis à la médication mercurielle. L'éloquence des chiffres me dispense de tout commentaire. J'insiste sur un seul point, qu'il y a beaucoup plus de vieux syphilitiques traités par le mercure, que de vieux syphilitiques n'ayant pas été traités ou ayant été traités par les dépuratifs, ou ayant ignoré leur mal.

Voilà ce que j'avais à dire à mes collègues ; mais un mot encore peut être utile. Au milieu des observations de M. Lallier, j'ai trouvé deux cas de syphilis infantile, des syphilis de femmes enceintes et des syphilis tertiaires, et je suis obligé de dire que ces faits confirment encore les opinions que j'ai émises ici sans en excepter aucune.

Les deux enfants syphilitiques avaient : l'un une syphilis congénitale, l'autre une syphilis probablement vaccinale.

Le premier enfant, âgé de 6 semaines, avait du pemphigus, des ulcérations sur le corps et à l'anus. Il est traité par une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, qui est bientôt supprimée, et par les bains de sublimé à 2 grammes, puis on a recours aux frictions avec l'onguent napolitain sur les cuisses. Malgré cela l'enfant, 2 mois après son séjour à l'hôpital et ayant près de 4 mois, était tellement en mauvais état, qu'il ne pesait plus que 3 kilogr. 300 grammes. Il est parti, emmené par sa mère, dans un état désespéré.

Le second enfant, traité en ville à deux reprises par le protoiodure pour des boutons sur le ventre et les fesses, entre à Saint-Louis avec un état parcheminé de la peau et des boutons qui semblent être des plaques muqueuses de la peau ; en d'autres points, on trouvait des cicatrices d'ulcérations. Traité par les bains de sublimé et l'iodure de potassium, l'enfant meurt au bout de 8 jours.

Ce sont les seuls enfants syphilitiques que renferme la statistique.

En fait de femmes grosses syphilitiques, j'ai trouvé 7 femmes qui n'avaient pas pris de mercure et qui ont avorté. La grossesse coexistait avec le début de la syphilis. 3 femmes qui n'avaient pas pris de mercure, quoique syphilitiques, ont accouché d'enfants vivants et non malades. Une de celles-ci eu 5 enfants pendant les intervalles de poussées syphilitiques. Mais voici une malade plus curieuse : Une femme enceinte syphilitique est traitée par le mercure, mais est obligée de cesser son traitement au bout de 3 semaines. Elle accouche néanmoins d'un enfant qui eut, il est vrai, des dartres sur la figure à 3 mois, et qui mourut, à 4 ans, de convulsions.

Enfin j'ai trouvé, dans les excellentes observations que je vous présente, à côté de faits de perforation et d'ulcérations de la voûte palatine chez des gens qui avaient ignoré leur syphilis, des faits de perforation semblables chez des malades traités avec soin par le mercure, le sirop de bi-iodure en particulier. Sur 4 observations, 2 mentionnent qu'un traitement mercuriel régulier a été fait par Gibert et à l'hôpital du Midi : 1 que la malade a pris des pilules et 1 que la malade n'a rien fait et ignorait qu'elle eût la syphilis. Aucune de ces malades n'a été guérie par le mercure et l'iodure de potassium, et par guéri, j'entends que l'ulcération ne s'est pas réparée avant la sortie de l'hôpital.

La meilleure observation peut-être est celle où il s'agit d'ulcères du voile du palais sans perforation, que Gibert a eu à traiter. Deux ans avant que la malade n'entrât chez M. Lallier, Gibert, jugeant que la syphilis n'avait pas été bien traitée au début, a donne du sirop de bi-iodure de mercure pendant 40 jours ; malgré cela, la malade est rentrée à l'hôpital Saint-Louis avec des ulcérations étendues du voile du palais.

J'ai fini, Messieurs ; si j'ai abusé des moments de la Société, n'en accusez que la force de mes convictions. Si je suis revenu tant de fois prendre la parole dans une discussion que je n'avais pas soulevée, c'est que je voulais donner le plus de preuves possible, afin de témoigner que quand il s'est agi de juger la valeur exacte du mercure, il a été plus aisé de trouver des observations défavorables aux préparations

mercurielles que de soutenir, par des citations de faits, des affirmations, et même, le dirai-je? par de mauvaises raisons, une tradition que la physiologie ne légitime pas.

M. BLOT déclare, à l'occasion du discours de M. Després, que M. Lallier désire conserver l'entière liberté de ses opinions, eu égard à l'influence que peuvent avoir les mercuriaux dans le traitement de la syphilis.

M. DEPAUL. Une seule réflexion suffit pour atténuer la valeur d'un argument que reproduit M. Després, à l'occasion des observations qui lui ont été communiquées par M. Lallier. Tous les médecins, à l'exception de M. Després peut-être, donnent du mercure à leurs malades; il est donc tout naturel que les individus traités par les mercuriaux offrent des récidives en nombre plus grand que les syphilitiques qui ont été traités par l'expectation.

M. le président déclare close la discussion sur la syphilis.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCES.

— *La correspondance manuscrite* comprend des lettres de MM. Tillaux et Giraldès qui s'excusent de ne point assister à la séance (renvoyées à la Commission des congés).

— Une lettre de M. le Dr Leroy d'Etiolles qui demande à être compris sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

— M. le Dr Picardat, de Montreuil (Aube), adresse deux belles photographies relatives à une corne cutanée, longue et recourbée s'insé-

rant à la région occipitale. (Des remerciements sont adressés à l'auteur.)

La correspondance imprimée comprend :

— Les Journaux de la semaine :

— Le *Bulletin de thérapeutique;*

— Les *Archives générales de médecine*, juillet 1867;

— La *Gazette médicale de Strasbourg*, 25 juin 1867;

— *Union médicale de la Provence;*

— *De la constatation des naissances à domicile*, par M. C. Devilliers, membre de l'Académie de Médecine;

— *Un-united fracture succesfully treated vish remarke on the operation*, par le Dr Henry Bigelow, de Boston. Le procédé de M. Bigelow consiste à disséquer sur chaque bout osseux une manchette périostique, après quoi les extrémités réséquées sont réunies par la suture métallique.

— M. le Dr Guyon offre à la Société de la part de l'auteur, le *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par M. le professeur Courty, de Montpellier.

M. TARNIER. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, de la part de M. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine, un mémoire intitulé : *Du souffle ombilical, de sa valeur séméiologique et de son traitement.*

Dans ce mémoire, après avoir rappelé l'historique de l'auscultation appliquée au bruit du souffle ombilical, M. Charrier a rapporté plusieurs observations personnelles qui lui ont permis de conclure que ce bruit du souffle était produit, dans la plupart des cas, par la compression du cordon.

Dans l'une de ces observations, M. Charrier a pu assister à l'agonie du fœtus, qui mourut pendant la vie intra-utérine, après avoir présenté un bruit du souffle ombilical très-évident. Chez la même femme, à une grossesse suivante, le souffle ombilical fut observé de nouveau; les battements du cœur devenaient irréguliers et faibles ; tout annonçait une mort prochaine pour le fœtus, et, dans ces circonstances, M. Charrier se décida à provoquer l'accouchement prématuré. Cette opération fut suivie de succès pour la mère et l'enfant. Plusieurs circulaires de cordon entouraient le cou de l'enfant au moment de sa naissance.

De ces faits, M. Charrier conclut que, dans quelques cas rares, l'existence du souffle ombilical, jointe à l'irrégularité et à la faiblesse de battement du cœur, fait prévoir, d'une manière à peu près cer-

taine, la mort imminente du fœtus, et que dans ces circonstances on aura quelque chance de le sauver en provoquant l'accouchement prématuré.

Ces conclusions, faites avec une sage réserve, me paraissent devoir être prises en considération, d'autant plus qu'elles s'appuient sur un véritable succès.

M. BLOT. Je crois comme M. Charrier que c'est à la compression du cordon qu'est dû le souffle ombilical. Rien ne prouve que cette compression du cordon ne puisse cesser spontanément ; s'il en était autrement, l'accouchement prématuré ne saurait mettre l'enfant à l'abri du danger qui le menace.

Je suis donc peu disposé à accepter les conclusions de M. Charrier : provoquer l'accouchement serait, dans ce cas, compromettre une des belles conquêtes de la chirurgie.

M. GUYON. Depuis que M. Charrier a publié son mémoire, j'ai recherché quelle était la valeur du souffle ombilical ; j'ai rencontré le souffle lorsqu'il y avait compression du cordon, mais ce symptôme a fait défaut, même dans certains cas de circulaires autour du cou.

J'ai acquis la conviction que le souffle ombilical peut aussi se produire par le cœur du fœtus, ainsi que l'avait déjà démontré M. Dubois. Toutes ces raisons jointes à celles que vient de signaler M. Blot, semblent prouver que le souffle ombilical n'aurait pas toute la valeur que M. Charrier voudrait lui attribuer.

M. TARNIER. Je ferai remarquer que les conclusions de M. Charrier sont très-réservées; on voit certainement des circulaires sans que le souffle ombilical se produise, mais, dans certains cas, il peut y avoir compression et le phénomène apparaît. Les bruits qui se passent dans le cœur du fœtus sont réels, cela n'exclut pas les souffles de causes différentes. M. Charrier a bien distingué le souffle ombilical suivant que ce dernier est momentané ou permanent. Lorsque le symptôme persiste et que des signes certains indiquent que l'enfant est en danger de mort, M. Charrier pense qu'il est sage de pratiquer l'accouchement prématuré. Dans un cas analogue, notre confrère a suivi la ligne de conduite qu'il recommande et il a amené un enfant vivant.

LECTURE.

M. Boucault, de Lyon, lit un travail sur les plaies pénétrantes du genou avec lésions osseuses.

Commissaires : Desormeaux, Trélat et de Saint-Germain.

La Société procède à la nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.
Sont élus : MM. Guyon, Trélat et Blot.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie. Phlébite iliaque. — Vessie biloculaire, etc.

Le docteur Guéniot présente l'appareil urinaire d'un homme de 83 ans qui a succombé, à l'hôpital Necker, dans le service des calculeux dont il est provisoirement chargé.

Sans avoir jamais subi d'opération propre à briser la pierre, ce vieillard expulsa pendant deux années (de 1862 à 1864), par le canal de l'urètre, un grand nombre de débris calculeux. Cette expulsion était douloureuse et généralement annoncée, 24 ou 36 heures à l'avance, par un surcroît de souffrance vers le col de la vessie. Elle se faisait, d'ailleurs, à des intervalles très-irréguliers et sans qu'aucun changement dans le régime ou l'hygiène du malade pût expliquer le phénomène.

Les fragments, soigneusement recueillis au nombre d'une cinquantaine, appartiennent bien, comme l'examen permet de s'en assurer, à des calculs urinaires d'origine vésicale. Inégaux en volume, quoique généralement de la grosseur d'un pois, ils sont en grand nombre, constitués par des segments plus ou moins irréguliers de coques calculeuses. L'épaisseur notable de ces coques montre qu'il ne s'agit pas d'une décortication superficielle, d'une simple exfoliation, mais bien d'un brisement de la masse, d'une véritable fragmentation des calculs.

Le malade, très-caduc et très-affaibli à son entrée à l'hôpital, succomba après avoir offert des symptômes très-accusés de *phlegmatia alba dolens* dans le membre inférieur droit, et aussi sans qu'aucune opération ait été pratiquée en vue de le débarrasser de la pierre. Son autopsie révéla les particularités suivantes :

1° La vessie est composée de deux poches d'égale capacité, offrant chacune le volume d'une grosse orange. Celle de droite, ou la vraie vessie, dans laquelle viennent s'ouvrir l'urètre et les deux uretères, renferme six corps étrangers, c'est-à-dire trois pierres et trois fragments de pierre. Deux de ces derniers paraissent provenir de l'une des pierres, dont la masse offre des pertes de substance sensiblement correspondantes. Le troisième fragment semble être aussi une portion détachée de l'une des deux autres pierres. L'aspect extérieur de tous ces produits permet de leur supposer une composition semblable ; ce

sont probablement des calculs phosphatiques. La seconde poche ne renferme aucun dépôt calculeux. Communiquant avec la première au moyen d'une ouverture circulaire qui permet le passage d'une grosse sonde, elle est remplie, comme la vessie-mère, d'une urine purulente et fétide.

2° Les reins, violemment enflammés dans toutes leurs parties, présentent à leur surface de petits abcès, gros comme des lentilles. Ils ne renferment ni pierre, ni gravier.

3° La prostate, considérablement hypertrophiée, a le volume d'un œuf de canard.

4° Enfin, les veines iliaque et crurale droites sont complétement oblitérées par un caillot dense qui adhère faiblement à leur paroi enflammée. L'origine de cette phlébite paraît ici des plus évidentes. Par suite du développement en largeur de la vessie, qui est composée de deux poches unies latéralement, la veine iliaque externe droite se trouve en contact avec la vessie dans le point même où gisent les calculs. Il en résulte que ceux-ci ont dû léser presque directement la paroi veineuse, et que l'inflammation très-accusée de la muqueuse vésicale a pu se propager jusqu'à la veine par simple continuité de tissu. C'est là un fait qui mérite d'être noté pour l'explication des phlébites qu'on voit survenir, soit dans le cours des affections vésicales, soit à la suite de certaines explorations susceptibles de contondre les veines du bassin à travers la paroi de la vessie.

Tumeur périnéale d'un nouveau-né

M. DEPAUL. Il y a environ 36 ans, au début de la clinique, naquit un enfant présentant une grande analogie avec celui qui a fourni la pièce que je soumets à la Société; c'était, comme aujourd'hui, une tumeur volumineuse naissant du périnée et pendant entre les cuisses.

L'accouchement fut simple; l'enfant ne tarda pas à succomber. Cette tumeur préoccupa vivement M. Dubois. L'autopsie fut faite en présence de Moreau, d'Orfila et de M. Cruveilhier. La tumeur fut examinée avec le plus grand soin et l'on conclut à un cancer.

Je conservai longtemps la même opinion.

Quinze ans après, le même cas se présentait. Le fait fut peut-être examiné moins minutieusement, mais le diagnostic porté fut le même.

En 1864, MM. Rayer et Ball présentèrent un fait analogue à la Société de biologie; M. Robin l'examina avec le plus grand soin, et l'on peut retrouver l'histoire de cette observation avec planches, dans les « Mémoires de la Société de biologie de 1863. » On déclara

que cette pièce n'était pas un cancer ; elle fut désignée par M. Robin sous le nom de tumeur à myélocytes. Ce fait me frappa.

L'année suivante, en 1864, une femme accoucha à la clinique d'un enfant porteur d'une tumeur périnéale analogue aux précédentes. Je la disséquai. Elle naissait du périnée, rentrait dans le bassin.

Je la fis examiner par MM. Robin et Cornil. M. Robin la désigna sous le nom de tumeur à myélocytes. Je la montrai à la Société de biologie, et elle fut déclarée appartenir à cette classe.

Enfin, il y a environ trois mois, vint chez moi un homme m'apportent un enfant présentant la grosse tumeur périnéale que je mets sous vos yeux ; cet homme demandait à faire placer son enfant dans un hôpital. Le cas était difficile. L'enfant ne pouvant entrer qu'avec la mère, je me décidai à le confier à un employé de la clinique. Malgré les soins qui lui furent donnés, l'enfant mourut ; je fis son autopsie, et ce sont les pièces, résultat de cette autopsie, que je soumets à la Société. Je dépose sur le bureau l'observation et l'examen micrographique de la tumeur.

Tumeur congénitale volumineuse de la région fessière, formée du mélange des tissus embryonnaires normaux, devenue cause de dystocie, par M. Bailly, chef de clinique.

Rousselot, Héloïse-Émilie, née à Paris, rue du Faubourg-Saint-Martin, n° 66, le 30 mars 1867. Nous ignorons l'âge de la mère et si elle est ou non primipare.

Après la sortie de la tête et du tronc, qui s'effectue d'une manière naturelle, l'enfant reste fixée à la vulve par le siége dont l'utérus ne peut déterminer l'expulsion. Elle reste unie à la mère dans cette position pendant une heure et trois quarts, respirant normalement. Au bout de ce temps, les tractions exercées successivement par deux sages-femmes parviennent à extraire le bassin de l'enfant, auquel est surajoutée une énorme tumeur qui formait obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement.

L'enfant est apportée à la clinique le 1er avril 1867.

La tumeur occupe exactement le sommet du bassin et paraît sortir de l'excavation pelvienne. Son volume égale celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement conoïde, bosselée, et, par l'extrémité de son diamètre transversal, déborde de chaque côté le bassin, d'environ un centimètre.

Elle est couverte d'une peau mince, luisante, d'un rouge foncé, livide, parcourue de grosses veines sinueuses, noirâtres. La consistance de cette tumeur, généralement ferme comme celle du tissu mus-

culaire, est plus molle et comme obscurément fluctuante en quelques points. L'anus serait sur la face antérieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la tumeur. En introduisant le doigt dans la cavité du rectum, on sent que cet intestin est enveloppé de toute part, et, en quelque sorte, creusé dans un tissu ferme et élastique comme une masse de caoutchouc.

Le contact des urines et des garde-robes excorie rapidement la surface de la tumeur et lui donne l'apparence d'une plaie gangréneuse qui fait redouter aux nourrices de donner le sein à cette enfant. Artificiellement nourrie, elle est bientôt prise d'entérite grave, s'affaiblit rapidement et succombe le 6 avril 1867 à onze heures du soir.

L'enveloppe cutanée de la tumeur, présentant les caractères mentionnés plus haut, est unie au tissu de la tumeur par un tissu cellulaire très-lâche infiltré de graisse. La masse morbide est recouverte à sa base, en arrière, par les fibres musculaires inférieures étalées du grand fessier. Le doigt l'isole assez aisément de toutes les parties environnantes, et on limite ses attaches à un simple pédicule du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, qui semble se continuer avec les ligaments antérieurs et postérieurs du rachis, et aussi avec les enveloppes fibreuses de la moelle. Un lobe saillant, conique, pénètre de bas en haut dans l'excavation pelvienne, en refoulant le plancher du bassin fortement aminci.

En avant, la tumeur est creusée d'un sillon vertical dans lequel est logé le rectum, qui s'ouvre à deux pouces environ du sommet de la tumeur.

La tumeur est lisse à sa surface, d'un gris rosé. Son tissu, divisé par une coupe profonde, présente la même teinte gris rosé, quelque peu variable dans ses nuances. Ce tissu est friable, un peu gélatiforme, parsemé de vacuoles remplies d'un liquide visqueux diaphane.

Le fond de la tumeur est formé par des éléments embryoplastiques parsemés de fragments de tous les tissus normaux de l'enfant à l'état naissant. On y trouve du tissu musculaire lisse et strié, du tissu conjonctif, du cartilage, de l'os, et les cavités, dont est creusée sa substance, sont tapissées par des cellules spéciales décrites par M. Ranvier. *(Bulletin de la Société anatomique.)*

Examen microscopique par le professeur Robin. — Tissu friable composé d'une trame de fibres de tissu lamineux *cellulaire*, disposées en nappes ou isolées, en partie pleinement développées, en partie à l'état de corps fibro-plastiques fusiformes ou

étoilés, et de plus par des capillaires. Dans cette trame se trouvent, en plus grande proportion encore, des noyaux embryo-plastiques (noyaux fibro-plastiques). Cette trame est interposée à de nombreuses vésicules closes, sphéroïdales ou ovoïdes, isolées ou rapprochées les unes des autres, au nombre de 2 à 4, larges chacune de 5 centièmes de millimètre à 1/4 de millimètre environ. Toutes ont une même paroi propre, formée de fibres lamineuses, disposées concentriquement, assez serrées les unes contre les autres.

La face interne est lisse, tapissée régulièrement, soit d'épithélium nucléaire, soit de petites cellules épithéliales prismatiques. Le contenu est incolore, peu visqueux, avec quelques cellules épithéliales et rien de plus.

En somme, la structure du tissu de cette tumeur est la même que celle du tissu qui est interposé aux gros kystes des tumeurs ovariques à kystes multiples, tissu qui contient des vésicules closes ou kystes microscopiques, analogues aux vésicules de Graaff dans les premières phases de leur développement.

Seulement, dans la pièce actuelle, toute la masse est formée de ce tissu sans gros kystes, et il offre cette particularité qu'il constitue un cas rare de génération hétérotopique de tissu analogue à celui de l'ovaire, hors de la place occupée normalement par cet organe.

M. DEPAUL. Par la présentation de cette pièce, j'ai eu en vue de faire ressortir qu'il y a dans la région périnéale des tumeurs de deux espèces différentes, à savoir des tumeurs à myélocites embryoplastiques.

J'ai pensé qu'outre l'intérêt se rattachant à cette cause de dystocie, cette pièce avait une certaine importance au point de vue histologique.

M. PERRIN. Je désirerais quelques explications au sujet de la non-conformité d'opinions sur cette pièce, au sein de la Société de biologie.

M. DEPAUL. Je n'étais pas à la séance; mais M. Robin a examiné et réexaminé la pièce, et je ne puis que transmettre son opinion formelle sur sa nature embryoplastique.

M. TRÉLAT. Le cas est très-intéressant, mais je regrette qu'il n'y ait pas de description proprement dite de la tumeur.

M. DEPAUL. La description exacte de la tumeur est consignée dans l'observation. Ce que je constate, c'est que, dans les tumeurs à myélocytes, on trouve toujours un pédicule gagnant le canal médul-

laire. Ici, rien de semblable. Cette tumeur n'a qu'un prolongement dans le tissu cellulaire du périnée, tout au plus dans le périoste; mais aucune connexion avec le canal médullaire.

M. TRÉLAT. Il me semble évident que cette tumeur a des connexions avec le rectum. C'est donc un dérivé intestinal et non médullaire, n'ayant par conséquent aucun élément médullaire, mais tirant son origine du feuillet muqueux embryonnaire.

M. MARJOLIN. Il serait à désirer que M. le secrétaire, au début de la séance prochaine, lût la note de M. Depaul. Après cette lecture, les observations auraient leur cours.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que la lecture de l'observation apprît rien de nouveau. Tout l'intérêt de cette présentation porte, d'une part, sur la cause de dystocie déterminée par l'existence de cette tumeur, d'autre part, sur ses éléments intimes. Le diagnostic m'a, du reste, vivement préoccupé. Sans parler, en effet, des tumeurs à myélocytes, j'ai dû penser à la possibilité du spina-bifida ou d'une grossesse par inclusion. J'éloignai la possibilité du spina-bifida, à cause de la situation même de la tumeur. L'enfant était, pour ainsi dire, assis sur elle, et l'on ne constatait absolument rien sur le trajet du rachis. Quant aux inclusions fœtales, ces tumeurs siégent presque toujours sur le dos. Elles sont, pour ainsi dire, portées en croupe sur la partie supérieure du sacrum. Je le répète, c'est à la tumeur à myélocytes que je m'étais arrêté, avant l'examen de MM. Robin et Ranvier.

M. TARNIER. Je suis étonné de voir M. Depaul rejeter la possibilité d'un spina-bifida à cause de la région. Il y a cependant des spina-bifida occupant la région qu'affectait cette tumeur, et dans ma thèse de concours, j'en ai publié une observation.

M. TRÉLAT. Je ferai observer que le siége de cette tumeur n'est pas sur le canal sacré, mais appartient à la muqueuse de l'extrémité inférieure de l'intestin.

M. DEPAUL. Je n'ai rien à ajouter à ce que vient de dire M. Trélat : Le canal osseux était parfaitement libre; de plus, la tumeur n'était pas fluctuante, mais de consistance solide. J'engagerai de plus M. Tarnier à ne point se fier à l'observation peut-être incomplète à laquelle il faisait allusion.

M. TARNIER. L'observation signale parfaitement ce fait, que le fœtus était assis sur sa tumeur.

M. DEPAUL. Mais la pièce a-t-elle été disséquée ? L'autopsie a-t-elle été faite ?

M. TARNIER. Je demande à ce qu'on me permette de rafraîchir ma mémoire à propos de faits déjà si éloignés.

M. VERNEUIL. La présence de quelques ailes de sac glandulaires dans l'épaisseur de la tumeur peut peut-être s'expliquer par la participation à la production morbide de la glande concigienne de Luschka, organe dont on a noté déjà l'hypertrophie et autres altérations organiques.

M. DEPAUL. Je demande qu'il soit inséré au procès-verbal qu'il y a un mois que je me suis fait inscrire pour la présentation de cette pièce.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, **DOLBEAU.**

SÉANCE DU 10 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La Séance est ouverte à 3 heures et demie.

Le procès-verbal de la Séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

— Une lettre de MM. Robert et Colin qui présentent à la Société une nouvelle pince porte-aiguilles ;

— MM. Lefort et Blot s'excusent de ne pas assister à la Séance ;

— M. Boucaud, médecin de Lyon, qui a lu dans la dernière Séance un mémoire sur les plaies pénétrantes du genou, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de Membre correspondant ;

La correspondance imprimée comprend :

— Les journaux de la semaine ;

— *La Revue médicale* de Toulouse ;

— *Montpellier médical*, juillet 1867 ;

Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon. T. VI.

A l'occasion du procès-verbal :

M. TRÉLAT revient sur l'observation citée par M. Tarnier, il montre un dessin, lit divers passages et conclut que la tumeur n'était pas un spina-bifida, mais bien un kyste du périnée sans communication avec le canal rachidien. Dans un mémoire publié par M. W. Brauné, ajoute M. Trélat, on peut étudier toutes les variétés de tumeurs périnéales. On en trouve qui ressemblent beaucoup à celle décrite par M. Depaul; ces tumeurs sont désignées sous les noms de sarcômes, de cysto-sarcômes, etc. Le travail de M. Braune démontre que tous les organes contenus dans le bassin peuvent donner lieu à des tumeurs congénitales, mais on ne trouve pas, dans ce travail si complet, un seul exemple de spina-bifida ayant le siége occupé par la tumeur que nous a présentée M. Depaul.

M. TARNIER fait remarquer que certains passages de l'observation qu'il a citée sont de nature à faire admettre, quoique avec réserve, que la tumeur était constituée par un spina-bifida.

On lit, par exemple : « Le kyste est fermé de toutes parts; la » partie inférieure de la région sacrée est close par une toile peu » dense, ce qui ferait supposer qu'il a existé une communication » entre la tumeur et le canal rachidien à une époque moins avancée » de la maladie. » On trouve encore en faveur de l'existence d'un spina-bifida les détails suivants : « La moelle s'arrêtait entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, mais les nerfs de la queue de cheval étaient très-fins, comme interrompus et il était difficile d'en suivre les principales divisions. »

M. TRÉLAT. Il est à craindre que la discussion n'aboutisse pas; la question en litige est celle-ci : Existe-t-il des spina-bifida occupant le périnée et correspondant à la pointe du coccyx ? A elle seule l'observation de M. Tarnier ne peut résoudre la question, je serais donc d'avis que l'on restât dans le doute.

M. Verneuil et M. Tarnier échangent quelques mots à l'occasion de la situation exacte de la queue de cheval.

M. GIRALDÈS. Je croyais jusqu'ici à l'existence des spina-bifida occupant la région sacro-périnéale. Il y a dans le travail de Braune une figure qui démontre la continuité qui existait entre les enveloppes de la moelle et un kyste du périnée. Tout récemment, à l'hôpital de Saint-Georges, à Londres, une tumeur périnéale a été ponctionnée

chez une femme adulte; l'opérée est morte de tétanos et l'autopsie a démontré qu'il existait une communication entre la tumeur liquide du périnée et le canal rachidien. Il y a un grand nombre de variétés dans les spina-bifida et en dehors des faits que je viens de citer rien ne répugne théoriquement à admettre l'existence d'un spina sacro-périnéal. J'ajouterai que j'ai présenté à la Société, il y a plusieurs mois, un enfant qui portait une tumeur énorme du périnée, se détachant de la pointe du coccyx et contenant un liquide brun.

M. DEPAUL. Je suis peu disposé à admettre l'existence du spina-bifida dans une région aussi éloignée du canal rachidien. Les arguments que l'on a invoqués jusqu'ici me paraissent peu concluants : tout spina-bifida suppose l'ouverture du canal rachidien, l'écartement des lames vertébrales, or, dans le fait en litige, il est dit que les os sont bien conformés. J'ai vu un grand nombre de spina-bifida, mais jamais ils n'occupaient une région aussi déclive. La tumeur dont a parlé M. Tarnier n'était autre chose qu'un kyste, mais rien ne démontre que ce fût un spina-bifida isolé du canal rachidien.

Dans le fait que j'ai relaté ici, l'intérêt était de déterminer s'il s'agissait d'une tumeur provenant de la moelle et même des nerfs et renfermant des médullocytes ou d'une tumeur fibro-plastique.

M. VERNEUIL. Il me semble qu'il faut élever quelques doutes sur la nature exacte des faits que nous a cités M. Giraldès. Nous devons engager notre collègue à se livrer au même travail de vérification qu'a exécuté M. Tarnier relativement au fait qu'il citait dans la dernière séance.

M. GIRALDÈS. L'observation que j'ai citée est parfaitement authentique et je pense que je n'aurai pas de peine à en retrouver d'autres. Si l'on veut admettre comme nécessaire l'écartement des lames vertébrales pour constituer un spina-bifida, il devient difficile de classer un bon nombre de tumeurs liquides qui communiquent avec la cavité arachnoïdienne par un pédicule plus ou moins étroit. Il suffit d'admettre une hydropisie de la partie inférieure du canal médullaire pour comprendre la formation d'une tumeur qui se dirigera vers le périnée à travers l'échancrure inférieure du sacrum.

M. TRÉLAT. M. Giraldès a raison lorsqu'il dit que l'atlas de Braune renferme un cas de spina-bifida correspondant à la terminaison du canal rachidien, mais il n'existe pas de tumeur périnéale appendue à la pointe du coccyx et constituée par un spina-bifida;

En acceptant l'hypothèse d'une hydropisie de la partie inférieure du canal formé par les enveloppes de la moelle, on n'aurait point de tumeur périnéale, mais bien une sorte de queue épaisse se prolongeant dans la direction du rachis.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre double, compliqué de saillie de l'os incisif.

M. MARJOLIN présente un enfant de quatre ans, entièrement défiguré par un bec-de-lièvre double, avec une saillie très-considérable du lobule médian et de l'os incisif. Il est inutile de revenir sur la question si souvent débattue au sein de la Société de chirurgie, sur l'opportunité des opérations faites très-peu de temps après la naissance ou à une époque un peu plus reculée, lorsque les enfants ont atteint quelques mois; il y a d'ailleurs une grande différence, au point de vue des conséquences, chez les enfants opérés en ville ou à l'hôpital. Dans le cas actuel, il est certain que l'on a attendu trop tard, ce qui a permis à la difformité d'augmenter.

Maintenant, dans un cas aussi complexe, faut-il faire toute l'opération, dans la même séance, ou commencer d'abord par l'extirpation du tubercule médian, puis, lorsque l'hémorrhagie ne serait plus à craindre, réunir les lèvres, en se servant de la partie cutanée moyenne pour faire la sous-cloison?

M. GIRALDÈS. Ce que j'ai à dire peut se diviser en deux parties: la première se rattache aux indications de l'opération, la seconde au procédé opératoire.

1° L'opération du bec-de-lièvre est relativement innocente et je crois que les accidents dépendent le plus souvent de ce que l'enfant est mal constitué, de ce qu'il est mal nourri, en un mot de ce qu'il est dans de mauvaises conditions. Les auteurs de chirurgie n'ont point assez tenu compte de ces diverses circonstances et c'est pourquoi la plupart des statistiques touchant la léthalité de l'opération du bec-de-lièvre sont sans valeur. Il faut distinguer: s'il s'agit d'un enfant bien constitué, appartenant à une famille aisée; le bec-de-lièvre étant aussi compliqué qu'il l'est dans le cas actuel, je n'hésite pas à déclarer qu'il faut opérer de suite après la naissance.

La réunion des parties molles favorise le rapprochement de la fente palatine. La difformité fait horreur aux gens du monde, et les petits malades, quand ils grandissent, sont honteux de leur malformation; ce sont là autant de raisons pour opérer dès la naissance.

A l'hôpital, les opérations du bec-de-lièvre compliqué entraîneraient

la mort des enfants à cause des mauvaises conditions dans lesquelles ces derniers se trouvent.

2° Je suis partisan de faire l'opération en une seule séance. Quant au tubercule médian, je ne l'inciserai point, je n'emploierai pas non plus le procédé de Blandin, car, lorsqu'on a enlevé un triangle au dépens du vomer, le tubercule médian s'abaisse et se trouve situé bien au-dessous des arcades dentaires qui sont elles-mêmes très-atrophiées.

Dans le cas actuel, j'enlèverais des couches successives, ce serait une sorte d'évidement du lobule médian afin d'en laisser le plus possible. J'ai abandonné l'idée de disséquer deux lambeaux fibro-muqueux pour les suturer ensuite au-devant de la section de l'os incisif. Quant aux parties molles j'emploierais un procédé différent de celui que M. Marjolin se propose d'exécuter; mon procédé qui m'a déjà procuré plusieurs succès, se trouve décrit dans la thèse de M. Thévenin.

M. VERNEUIL. Dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, j'ai adopté le principe des opérations en deux temps. Dans le premier. je résèque le tubercule osseux et je refais la sous-cloison avec la partie médiane de la lèvre supérieure appendue au bout du nez; dans le second, je réunis les deux moitiés de la lèvre et les soude par un point de suture à la sous-cloison reconstituée.

J'agis de la sorte pour plusieurs raisons: d'abord le traumatisme est moins étendu, l'opération moins longue et la perte de sang moins considérable; on sait, en effet, que la réparation complète en une seule séance exige beaucoup de temps, qu'il s'écoule beaucoup de sang au niveau de la section du tubercule osseux, et par suite du décollement des parties latérales de la lèvre et de l'avivement, d'où résulte pour les enfants, surtout s'ils sont très-jeunes, un épuisement qui peut être funeste.

La réparation en une seule séance entraîne encore un autre péril, dont on ne parle peut-être pas assez. Je veux parler de la suffocation dans les heures qui suivent l'opération.

Il y a quelques années, je lus dans un journal américain le fait d'un jeune enfant mort subitement quelques heures après l'opération du bec-de-lièvre. On attribuait la mort à ce que la réunion, ayant simultanément fermé les narines et la lèvre supérieure, l'introduction de l'air était devenue impossible; cette interprétation me paraissait singulière, mais j'eus bientôt l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

J'opérai, dans la clientèle de mon ami le docteur Letorsay, un enfant, âgé de deux mois, atteint de bec-de-lièvre double avec saillie

de l'os incisif. Après avoir réséqué ce dernier, je fis d'abord la sous-cloison avec le tubercule labial. Celui-ci était assez volumineux, aussi dus-je en exciser sur chaque bord une languette de quelques millimètres, sans quoi la cloison eût été difforme par sa trop grande largeur. Aussitôt après, je réunis par trois points de suture les deux moitiés de la lèvre ; la traction exercée sur celle-ci rapprocha en même temps de la ligne médiane les ailes du nez qui, de cette façon, vinrent s'appliquer sur les bords de la nouvelle sous-cloison. Ceci eut pour résultat l'occlusion complète des narines. L'ouverture comprise entre les deux moitiés de la lèvre supérieure disparut également par le fait de la réunion.

La restauration était satisfaisante et la respiration parut d'abord se faire sans difficultés, parce que l'enfant criait sous l'influence de la douleur; lorsque les cris cessèrent, la suffocation survint. J'écartai les lèvres, l'enfant s'agita et respira de nouveau : mais le calme se rétablissant, les mouvements respiratoires se suspendirent de nouveau. Le phénomène s'étant reproduit plusieurs fois, j'en reconnus la cause. Quand l'enfant criait, il ouvrait la bouche en écartant les deux mâchoires et par conséquent les lèvres ; quand les cris cessaient, les deux lèvres se rapprochaient et l'entrée de l'air était suspendue, l'enfant n'ayant pas l'instinct d'écarter les deux mâchoires pour effectuer l'inspiration.

Nous recommandâmes à la mère de maintenir la bouche entr'ouverte artificiellement à l'aide du manche d'une cuiller, ce qui rétablissait aussitôt la respiration ; mais, ayant réfléchi que la précaution pouvait être négligée, que la mère pouvait s'endormir, que le maintien du corps étranger pouvait avoir des inconvénients, je crus plus prudent de rouvrir les narines en coupant les fils qui tenaient la sous-cloison. Le petit lambeau resta donc flottant au bout du nez.

Quelques semaines plus tard, M. Letorsay l'aviva à sa face profonde, ainsi que la partie correspondante du bord inférieur du vomer, et reconstitua de la sorte une sous-cloison convenable.

Je profiterai de cette occasion pour signaler une modification que j'ai apportée à l'extirpation du tubercule osseux. Au lieu de sectionner au même niveau et l'os et la muqueuse qui le recouvre, je conserve celle-ci et me contente d'énucléer le tubercule à l'aide d'un instrument mousse que je fais agir entre l'os et le périoste. Je donnerai une description plus complète de ce petit procédé.

M. GIRALDÈS. Ce que vient de dire M. Verneuil prouve une fois de plus les inconvénients qui surgissent lorsqu'on ferme le nez des opérés du bec-de-lièvre. Le petit lambeau qui se trouve au bout

du nez est insuffisant pour reconstituer la sous-cloison ; il ne peut être utilisé dans cette restauration qu'en entraînant l'inconvénient de voir le nez se porter beaucoup trop en arrière. Quant au procédé de décortication du lobule médian, je le trouve très-ingénieux et je l'emploierais à l'occasion.

M. MARJOLIN. J'ai peine à croire que, dans le cas actuel, on puisse conserver l'os incisif. En énucléant le tubercule médian, ainsi que l'a indiqué M. Verneuil, il y aurait peut-être moins d'hémorrhagies et alors l'opération pourrait s'exécuter complétement en une seule fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Leroy d'Étiolles, qui envoie une note sur l'opération de l'ongle incarné et demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine;

Le Bulletin de thérapeutique ;

La thèse inaugurale de M. le Dr de Bonnefoux, Paris 1866, intitulée : *Du bichromate de potasse comme antisyphilitique.*

Réclamation. M. le Dr Leroux, chirurgien de l'hôpital civil de Versailles, adresse une lettre dans laquelle il proteste avec une certaine vivacité contre une phrase prononcée par M. Lefort, dans la séance du 26 juin (voir *Gazette des Hôpitaux*, 13 juillet, p. 327, 1a colonne).

M. Lefort, abordant la question de l'emploi du bichromate de potasse comme antisyphilitique, et après avoir emprunté au rapport de M. Dolbeau quelques passages d'une conversation relative à cet agent et datant de 1863, ajoute : « Je n'aurais rien à en dire si M. Leroux, » dans une communication toute récente à la Société, n'avait semblé » annoncer comme une nouveauté toute personnelle, l'usage du bi- » chromate de potasse contre la syphilis. »

M. Leroux s'est ému de cette phrase qui, suivant lui, impliquerait qu'il a voulu s'approprier un fait qui ne lui appartient pas.

Jamais il n'a eu cette prétention, on ne la trouve exprimée ni dans le texte, ni dans l'esprit de sa communication à la Société de chirurgie, ni dans la thèse de son élève et ami, M. de Bonnefoux (7 août 1866), thèse faite précisément sous les auspices de M. Leroux et dans laquelle la question historique est traitée.

Ne voyant pas où M. Lefort a trouvé matière à une telle supposition, M. Leroux espère que notre collègue voudra bien lui-même reconnaître son erreur.

A l'occasion du procès-verbal,

M. GUERSANT déclare qu'il a opéré anciennement un enfant âgé de deux ans et demi, qui portait un bec-de-lièvre analogue à celui qui a été présenté par M. Marjolin. Je me suis bien trouvé, dit M. Guersant, d'enlever l'os incisif et de reconstituer la sous-cloison avec la peau du lobule médian. J'ai obtenu un très-beau succès avec ce procédé, qui appartient en définitif à Dupuytren.

M. GIRALDÈS informe la Société qu'elle vient de perdre un de ses membres associé étranger. Sir William Lawrens est mort le 5 juillet dernier, à l'âge de 84 ans.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL soumet à l'examen de la Société un malade qu'il croit atteint de varices des vaisseaux lymphatiques superficiels. Il dépose sur le bureau l'observation suivante :

Eléphantiasis lymphatique du scrotum et des cuisses.

Le malade est atteint de gonflement chronique avec induration et hypertrophie cutanée du scrotum, des régions inguinales et des deux cuisses jusqu'au dessous des genoux. La peau épaissie est recouverte çà et là de saillies arrondies, fermes au toucher, sessiles, peu vasculaires, dont les unes sont manifestement dues

à l'hypertrophie des papilles, et dont les autres renferment certainement des dilatations ampulliformes des vaisseaux lymphatiques. Excoriées dans la marche par le frottement des vêtements ou piquées à leur sommet avec la pointe d'une aiguille, ces dernières laissent suinter en quantité variable, mais quelquefois très-abondante, un liquide citrin, légèrement visqueux, transparent, semblable à une légère solution de gomme. Dans le pli inguinal gauche, au centre d'un empâtement diffus, on observe deux ou trois saillies molles, violacées, fluctuantes, recouvertes d'une petite croûte et qui, à la chute de celle-ci laissent également écouler une grande quantité de liquide semblable au précédent.

Le malade n'a jamais quitté Paris; l'affection a débuté il y a deux ans, sans cause connue, par des douleurs assez violentes et un gonflement inflammatoire. A plusieurs reprises, il y a eu des recrudescences qui ont exigé le repos prolongé au lit, et qui ont toujours amené une augmentation du mal. On ne découvre nulle trace de dilatation variqueuse ni d'œdème; les deux pieds et le bas des jambes sont à l'état normal, le gonflement tend à s'accroître progressivement de haut en bas, le repos seul suffit, en quelques jours, pour diminuer la tuméfaction d'un tiers environ.

A première vue, l'état du scrotum et des cuisses rappelle les caractères de l'éléphantiasis des Arabes, mais un examen plus attentif fait rejeter cette hypothèse; car, outre que cette affection est très-rare sous notre latitude, dans le cas actuel on ne constate ni l'hypertrophie extrême de la peau, ni l'envahissement des pieds, tandis qu'en revanche les dilatations lymphatiques sont des plus évidentes.

Suivant M. Verneuil, il s'agit ici d'une variété tout à fait spéciale d'hypertrophie cutanée qu'il convient de rattacher à la dilatation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Déjà l'on connaît trois formes de varices lymphatiques :

1° La dilatation des canaux intra-ganglionnaires et des gros troncs qui en sortent pour pénétrer dans l'abdomen, comme dans le cas d'anévrysme;

2° La dilatation des troncs principaux sous-cutanés,

3° La dilatation des réseaux les plus superficiels.

Sans doute, il s'agit ici d'une quatrième forme compliquée d'hypertrophie du derme et du tissu conjonctif sus-aponévrotique ; on peut, à la rigueur, conserver à cette affection le nom générique d'éléphantiasis, en prenant pour base l'aspect extérieur. Mais il faut alors la distinguer des autres formes anatomiques de l'éléphantiasis, c'est-à-dire : 1° de l'éléphantiasis des Arabes; 2° de l'éléphantiasis vari-

queux; 3° de l'éléphantiasis dû à l'hypertrophie isolée du tissu conjonctif sous-cutané sans altération notable de la peau, lésion bien décrite récemment par M. Guyot (de Lyon), et qui se rapproche de l'affection décrite par Valentine Mott, sous le nom de *pachydermocèle*.

M. DEMARQUAY. Je voudrais savoir si l'analyse du liquide a été faite; j'admets bien qu'il y a ici dilatation des vaisseaux lymphatiques, mais il y a en plus un empâtement considérable des tissus qui appartient à l'éléphantiasis. Je ne puis admettre qu'il s'agisse d'une dilatation des réseaux superficiels; la quantité de liquide qui s'est écoulé était relativement peu considérable; enfin, ce même liquide ne sortait pas par jets, ainsi que cela s'observe dans les varices des réseaux lymphatiques superficiels. En résumé, si l'on admet dans le cas particulier qu'il y ait dilatation des lymphatiques, ce n'est point là la partie essentielle du mal, car il s'agit bien évidemment d'un éléphantiasis.

M. TRÉLAT. Je partage complétement l'opinion de M. Demarquay. Je ne vois chez le malade qui nous est présenté aucun des caractères établissant l'existence de varices superficielles ou profondes des lymphatiques du membre inférieur.

Lorsqu'il s'agit du réseau superficiel, le mal est ordinairement limité, l'écoulement du liquide est considérable et il se fait par jets. Lorsqu'au contraire il est question d'une dilatation des réseaux profonds, on trouve une tumeur circonscrite plus ou moins étendue, sans altération de la peau. Le diagnostic se fait alors avec les hernies, les lipomes, mais jamais on n'a songé à confondre ces maladies avec l'éléphantiasis. Dans le cas actuel, il s'agit d'une affection très-étendue, les tissus sont indurés et si, par places, on rencontre quelques dilatations lymphatiques, on trouve aussi des hypertrophies papillaires. Pour moi, il s'agit ici d'une variété d'éléphantiasis.

M. PERRIN. Je partage l'avis de nos deux collègues; le malade est atteint d'une variété d'éléphantiasis. Je me fonde, pour émettre cette opinion : 1° sur la grande étendue du mal; 2° sur son apparition simultanée dans les deux membres; 3° sur sa progression de bas en haut. A côté de tous ces signes on trouve un symptôme qui démontre l'existence de varices lymphatiques, c'est la grande quantité de liquide qui s'est écoulé à plusieurs reprises. J'admets un éléphantiasis de nature peu connue, avec altération des lymphatiques.

M. PANAS. J'ai vu deux malades présentant un développement des

bourses pouvant faire admettre la dilatation des réseaux lymphatiques superficiels ; les malades n'avaient aucune espèce d'analogie avec celui qui nous est présenté. Chez le premier, la maladie était très-évidente, une simple piqûre produisait un jet de liquide légèrement opalin comme celui de l'hydrocèle spermatique.

Chez mon second malade, il s'agissait d'un gonflement du scrotum survenu à la suite d'une balanite : la ponction donna issue à un liquide légèrement louche, mais le microscope n'a pu déterminer s'il s'agissait de la lymphe ou d'une sérosité inflammatoire. M. Nélaton a pensé qu'il existait dans ce cas variété d'éléphantiasis. Chez mon malade, la compression a paru être de quelque utilité, mais je l'ai perdu de vue avant sa guérison complète.

M. DESPRÈS. Il est possible de nous entendre. Il y a chez le malade de M. Verneuil à la fois éléphantiasis et varices lymphatiques. Cela est connu en Allemagne et en Angleterre. J'ai trouvé la mention de maladies semblables dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow récemment traduit, et dans le seizième volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres, année 1866, sous le titre de *tumeur fibro-aréolaire avec varices lymphatiques*, observation de M. Carr Jackson. On rencontre, dans ce dernier recueil, l'histoire d'un jeune homme de 17 ans, d'une constitution lymphatique, qui, à la suite d'abcès de la paroi abdominale et des aines, a eu, après des poussées inflammatoires successives, une tuméfaction de toute la peau de la région interne de la cuisse. Sur cette partie on remarquait des dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques, formant de petites tumeurs grosses comme de fortes têtes d'épingle. A la ponction, ces petites tumeurs ont donné issue à un liquide transparent et qui se coagulait. A l'examen microscopique, ce liquide a présenté tous les caractères de la lymphe.

Il y a un autre fait de ce genre dans les *Medico-chirurgical transactions* de Londres, pour l'année 1862, et cette fois, c'est le scrotum qui est envahi par l'éléphantiasis et les varices. Le fait est publié avec un dessin dans un article de M. V. Carter, sur la coïncidence de l'urine chyleuse avec les lésions des lymphatiques.

En somme, je trouve dans le malade qui nous est présenté un éléphantiasis dans ses premières périodes et sur lequel il existe, non plus des dilatations des vaisseaux lymphatiques, semblables à celles qui ont été vues par Beau, M. Lebert et M. Trélat, mais bien des dilatations avec hypertrophie telles qu'on en rencontre sur les veines dans les tumeurs hypertrophiques et cancéreuses.

Je me hâte d'ajouter que les travaux allemands et anglais sur l'éléphantiasis et ses relations avec un trouble de la circulation lymphatique, ont eu pour origine les mémoires français de Alard, en 1810 et 1824.

M. VERNEUIL. Je tiens compte des observations qui viennent de m'être présentées ; je reste convaincu que nous sommes en présence d'une affection mal décrite, mais dont l'aspect est véritablement spécial. J'admettrais volontiers une quatrième variété de dilatation lymphatique avec hyperplasie des tissus voisins, en un mot, quelque chose de comparable à ce qui s'observe pour les varices proprement dites des membres inférieurs.

M. TRÉLAT. Nous sommes à peu près tous d'accord ; toute la question litigieuse est relative à la pathogénie de cette singulière affection. L'éléphantiasis est-il la conséquence d'une maladie des lymphatiques ; ou bien la dilatation des vaisseaux est-elle consécutive au développement des membres ? Il faut rester, dans le doute, mais il y aurait grand intérêt à suivre le malade.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de la clavicule chez un vieillard, avec conservation des parties molles et sans déplacement

M. GUÉRIN présente une pièce pathologique et dépose l'observation suivante :

Les fractures de la clavicule sont, le plus souvent, si faciles à reconnaître qu'on peut, en quelque sorte, les diagnostiquer à distance, sans chercher la crépitation et la mobilité. Elles s'accompagnent, dans l'immense majorité des cas, d'un déplacement auquel les appareils les mieux entendus ne remédient qu'incomplétement.

Il existe pourtant dans la science un certain nombre de faits qui prouvent que le contraire peut être observé. Tout le monde sait en effet que chez les enfants on voit souvent des fractures sans déplacement, par suite de la conservation du périoste qui maintient les deux fragments bout à bout, sans que rien d'appréciable se produise ; mais ces faits sont très-rares chez l'adulte, plus rares encore chez le vieillard. C'est à cause de cette rareté que j'ai tenu à vous présenter la clavicule d'un homme de soixante ans, qui a succombé dans mon service à une pneumonie, peu de jours après l'accident qui avait produit la fracture de cet os.

Cet homme, nommé Jean Viguier, entra salle Saint-Augustin, le 26 juin dernier, se plaignant d'une douleur qu'il ressentait vers le milieu de la clavicule, mais qui n'était pas assez vive pour s'opposer aux mouvements du bras. M. Olivier, un de mes internes, m'a remis la note suivante, qui indique suffisamment, quoique brièvement, l'état du malade : « Point de déformation de l'épaule, pas d'ecchymose ; la région claviculaire n'est pas déformée ; il n'y a pas de sang épanché. » En faisant exécuter au bras quelques mouvements et appliquant la main sur la clavicule, M. Guérin perçoit une crépitation fine que l'on reproduit difficilement, et il diagnostique : une fracture de la clavicule, avec conservation du périoste et sans déplacement.

En suivant le trajet de l'os, il trouve, vers son tiers interne, un point douloureux qui est, suivant lui, le siége de la fracture.

Le malade ayant été admis à l'hôpital, la crépitation put être reproduite, et M. Guérin affirma qu'elle était indépendante des surfaces articulaires qui, par leur frottement, produisent parfois un bruit semblable.

Le 1er juillet, le malade se plaignit d'oppression, et l'on reconnut une pneumonie, à laquelle il succomba quatre jours après.

La clavicule a été enlevée avec le muscle sous-clavier ; vous voyez qu'en l'appliquant sur une table, on peut exercer sur elle, de haut en bas, une pression presque violente sans la faire céder, tandis que si on relève ses deux extrémités en appuyant sur la partie moyenne, on constate une mobilité très-appréciable à un centimètre en dehors du faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien. C'est dans ce sens seulement que l'on parvient à séparer les fragments l'un de l'autre, car on les presse d'avant en arrière sans parvenir à les mouvoir isolément et sans produire la crépitation.

Cette immobilité des fragments, qui ne cesse que lorsque les extrémités de la clavicule sont soulevées, explique comment j'ai pu donner lieu à la crépitation, en faisant mouvoir le bras plus facilement qu'en pressant les fragments de haut en bas, ou d'avant en arrière.

En examinant avec soin cette clavicule, on reconnaît qu'elle est fracturée un peu obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, de sorte que le biseau du fragment interne est inférieur à celui de l'externe ; ce qui explique comment le muscle sterno-cléido-mastoïdien, dont j'ai démontré ailleurs l'action sur le fragment interne de la clavicule fracturée, est impuissant à produire le déplacement ordinaire.

On voit aussi que le périoste et les autres parties molles qui entourent l'os sont restées parfaitement intactes.

M. DEMARQUAY. Blandin insistait sur les difficultés du diagnostic des fractures de la clavicule, et les observations démontrent la réalité de ce que vient d'avancer M. Guérin.

M. MARJOLIN. Lorsque le diagnostic est difficile, on peut avoir recours à un signe qui a été indiqué par Robert : on engage le malade à se soulever sur les deux poignets, et pendant qu'il fait effort, la main appliquée sur la clavicule perçoit très-aisément la crépitation. M. Guérin a eu raison de dire qu'on observe chez les enfants des fractures de clavicule sans déplacement ; il est juste d'ajouter que, chez les jeunes sujets, cette variété constitue encore l'exception.

Une courte discussion s'engage entre MM. Guérin, Demarquay et Marjolin sur l'utilité et sur les inconvénients que peut présenter la recherche du signe indiqué par Robert, dans les cas de fracture douteuse de la clavicule. M. Guérin rappelle ses travaux sur les différentes causes qui s'opposent à la consolidation rectiligne des fractures de la clavicule.

La séance est vleée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Deux exemplaires de la thèse inaugurale de M. Théophile Anger, intitulée : *des Tumeurs érectiles lymphatiques* ou *adéno-lymphocèles*, envoyés pour le prix Duval.

Les journaux de la semaine.

MM. Robert et Colin mettent sous les yeux de la société un nouvel instrument dit : *Sangsue artificielle pour le col de l'utérus*, construit sur les indications de M. le Dr Zayas de la Havane.

M. le Dr de Lazarewitch, professeur d'accouchement de l'Université de Kharkoff, fait hommage à la société d'une série de photographies représentant divers instruments pour les accouchements et pour les maladies des organes génitaux de la femme.

De plus, diverses thèses en langues russe, latine et française, relatives à l'obstétrique.

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante de M. le Dr Kuhn, de Gaillon (Eure) :

« Je reçois à l'instant, par la *Gazette des Hôpitaux*, le compte rendu de votre séance du 3 juillet dernier, et de la discussion sur le fait intéressant communiqué par M. Depaul. Sans vouloir revenir sur ce fait, ni sur les remarques auxquelles il a donné lieu, je me permettrai, quoique un peu tard, de revenir sur les observations que j'ai adressées, le 24 septembre 1861, à l'Académie impériale de médecine, dans une note qui se trouve entre les mains du rapporteur nommé à cette occasiou (M. Gosselin), dont le rapport n'est pas encore fait.

» Cette note renferme, entre autres, une observation d'hydrorachis à travers le périnée, au-devant de l'anus. Le sujet était un fœtus monstrueux, du genre *agénosome* (G. St. H.), c'est-à-dire sans trace extérieure visible d'organes génito-urinaires, de telle façon que la poche devait et surtout pouvait en imposer pour un scrotum.

» Ce fait, que j'ai observé et disséqué en 1837, est remarquable en ce que, malgré son siége au-dessous du périnée, la poche renfermait tous les éléments de l'hydrorachis central, c'est-à-dire formée par une accumulation de liquide dans l'épaisseur de la moelle. De cette façon, les parois de la poche comprenaient, non-seulement les téguments et les méninges, mais leur surface interne était encore tapissée par la moelle elle-même, distendue par le liquide et formant une mince pellicule accolée aux méninges, et des deux côtés de laquelle on voyait se détacher les dernières paires spinales, qui, de leurs points d'émergence, remontaient de *bas en haut* pour gagner leurs trous de conjugaison respectifs, en d'autres termes, c'était la queue de cheval à rebrousse-poil.

» Sans m'étendre ici davantage sur les causes et sur le mécanisme de l'élongation extraordinaire, dans certains cas, du spina-bifida central, circonstances que j'ai abordées dans la note ci-dessus indiquée, je pense que mon observation (dont le sujet, appartenant à M. J. Gué-

rin, doit encore exister au musée de Clamart) suffit, et au delà, pour établir la possibilité du siége de poches hydrorachiques au périnée.

» La proposition XI de ma note, adressée à l'Académie, relate un fait que je crois avoir découvert et qui me paraît de nature à jeter quelque jour sur certains points encore obscurs de l'étiologie des tumeurs qui font l'objet de vos discussions. Voici cette proposition : »

« On rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment chez ceux » qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, une *dépression infundibuliforme*, espèce de cicatrice en » cul-de-poule, quelquefois très-profonde, toujours infiniment adhérente aux tissus fibreux de la colonne, et se continuant avec la » membrane qui revêt l'orifice inférieur du canal sacré. Elle est toujours située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation » sacro-coccygienne.

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence » avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal rachidien » permettent de supposer, non sans quelque raison, qu'elle est la » trace d'une ancienne hydrorachis périphérique des premiers temps » de la vie embryonnaire, ayant été ouverte et puis cicatrisée.

» Cette disposition est très-commune : on la rencontre une fois » sur quatre ou cinq individus; dans les établissements orthopédiques, la proportion est d'au moins un sur trois. »

« Je crois inutile, en présence des compétences toutes spéciales de la Société impériale de chirurgie, d'insister plus longtemps sur l'importance et la portée de ces faits relativement à l'étiologie des tumeurs actuellement en discussion.

» Dr F. A. KUHN. »

M. TARNIER. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie, une brochure intitulée : *Un mot de réponse à la dernière brochure du Dr Chassagny*, par le docteur Berne, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur adjoint à l'École de médecine de Lyon. Le titre de ce travail fait penser à une polémique qui se serait élevée entre M. Berne et M. Chassagny ; on sait, en effet, que c'est à Lyon qu'est née la méthode des tractions mécaniques, continues, appliquées à la terminaison des accouchements difficiles, et tandis que M. Chassagny s'en déclare le partisan zélé, M. Berne n'en admet l'emploi qu'avec un assez grand nombre de restrictions. Ce débat a fourni à M. Berne l'occasion de publier la brochure que je présente à la Société et d'insérer dans ce travail, deux observations de rétrécissement du bassin où l'accouchement fut terminé heu-

reusement par la version. Ces faits ont une valeur incontestable, et sans préjuger la question, je puis dire qu'ils fourniront des documents importants pour la solution de la meilleure opération à appliquer dans les accouchements avec rétrécissement du bassin. Vous connaissez tous M. Berne, la position qu'il occupe à l'École de Lyon, et la notoriété qui s'attache à son nom est une garantie de la valeur scientifique des travaux qu'il nous envoie.

Dilatation variqueuse des lymphatiques.

M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux, pour le concours du prix Duval, une thèse intitulée : *Des tumeurs érectiles lymphatiques ou adéno-lymphocèles.* Dans ce travail, M. Anger a étudié, d'une façon beaucoup plus complète que ses devanciers, les tumeurs dues à la dilatation des vaisseaux des ganglions lymphatiques. Au début de ses recherches, il a constaté que les vaisseaux qui constituent les ganglions lymphatiques, présentent des dispositions anatomiques qui n'avaient pas encore été signalées jusqu'à ce jour. Il a démontré que ces vaisseaux ne ressemblent en rien aux troncs lymphatiques. Les tubes cylindriques qu'ils représentent sont, à l'intérieur, cloisonnés en tous sens, par des lamelles minces qui leur donnent un aspect feutré, assez analogue à celui des sinus de la dure-mère. Au centre de ces cloisons, on aperçoit facilement un vaisseau sanguin dirigé dans l'axe du vaisseau lymphatique. C'est cette disposition normale, fort exagérée, que l'on retrouve dans les tumeurs dues au développement anormal des vaisseaux des ganglions lymphatiques, et cette disposition anatomique justifie la dénomination de *tumeurs érectiles lymphatiques.*

M. Labbé, ayant pris connaissance du compte rendu de la précédente séance, a été étonné de voir M. Verneuil donner des tumeurs lymphatiques la classification suivante : 1° varices du réseau superficiel ; 2° varices des troncs lymphatiques ; 3° varices intra-ganglionnaires ; parce que M. Verneuil, dans un article publié récemment dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, avait donné de ces mêmes tumeurs une autre classification, dans laquelle il reconnaissait les trois espèces suivantes : 1° dilatation du réseau lymphatique superficiel ou intra-dermique ; 2° dilatation des troncs sous-cutanés ; 3° dilatation des troncs sous-aponévrotiques. Ces deux classifications ne se correspondent pas ; il est bien évident que, dans la seconde, la première en date, il n'est pas question de la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires. Or, dit M. Labbé, l'on sait que

c'est à M. Nélaton qu'est due la première description de ces tumeurs lymphatiques intra-ganglionnaires. L'examen d'une pièce anatomique, qu'il fit en commun avec M. Sappey, lui démontra le siége réel de la dilatation lymphatique. Le travail de M Anger fait encore mieux connaître l'anatomie pathologique de ces lésions, mais il a eu pour point de départ les recherches de M. Nélaton.

Après le fait de M. Nélaton se place celui, communiqué en 1864, à la Société de chirurgie, par M. U. Trélat ; aussi M. Labbé a-t-il été étonné de voir ce chirurgien ne pas insister davantage, dans la dernière séance, sur la différence qui existe entre la dilatation des vaisseaux intra-ganglionnaires et celle des troncs lymphatiques. Le fait de M. Trélat a bien fait voir quelle gravité présentaient ces tumeurs lorsqu'elles s'enflamment. Son malade avait été opéré d'une très-petite fistule à l'anus, et il succomba aux suites de l'inflammation propagée aux tumeurs inguinales, puis aux troncs et aux ganglions lymphatiques intra-abdominaux.

Ces tumeurs s'observent rarement. On a prétendu qu'elles se développaient seulement chez les individus habitant les pays chauds, mais ce n'est pas une règle générale, et le malade, sujet de la principale observation du travail de M. Anger, n'a jamais quitté le nord de la France.

M. Léon Labbé termine sa communication par la présentation d'un malade normand d'origine (l'observation de ce malade est reproduite dans la thèse de M. Anger), qui porte dans les deux régions inguinales des tumeurs lymphatiques ganglionnaires. Au niveau du périnée existe en même temps une dilatation des troncs lymphatiques qui se rendent aux ganglions inguinaux, ce qui permet d'étudier comparativement et de bien voir la différence qui existe entre les tumeurs formées par la dilatation des troncs lymphatiques et celles constituées par la dilatation des vaisseaux des ganglions. Chez ce malade, on peut voir, au niveau de la partie droite du cou, les restes d'une tumeur analogue qui a considérablement diminué de volume, vraisemblablement par suite de la disparition du tissu adipeux qui entourait la tumeur. Le malade, qui avait autrefois beaucoup d'embonpoint, est réduit aujourd'hui à un assez grand état d'amaigrissement.

M. TRÉLAT. Dans la dernière séance, j'ai donné mon avis sur le malade que nous présentait M. Verneuil ; ce n'est qu'incidemment et sans vouloir les décrire que j'ai parlé des diverses espèces de varices lymphatiques. Je présenterai une simple remarque. On peut certainement considérer les tumeurs observées par M. Nélaton comme étant

constituées par la dilatation des réseaux ganglionnaires. Quant aux observations d'Amussat, de Breschet, celle que j'ai rapportée moi-même, on ne peut soutenir qu'il s'agisse seulement d'une affection ganglionnaire. Dans ces trois cas, outre les dilatations portant sur les vaisseaux des ganglions on observait des varices de tous les troncs lymphatiques ; je ne comprends donc point l'utilité de décrire à part une variété de varices lymphatiques qui siégeraient dans les ganglions.

Il y a, dans la communication de M. Labbé, un point intéressant, relatif à l'étiologie des tumeurs lymphatiques. Jusqu'ici on avait toujours invoqué l'origine insulaire de ces varices; cependant la malade observée par M. Gubler avait toujours habité la France, elle n'avait fait qu'un simple voyage à l'île Bourbon. Le malade présenté par M. Labbé n'a jamais quitté la France, et ce fait démontre que les varices lymphatiques ne constituent pas une maladie qui serait exclusive aux pays chauds.

M. Labbé accorde à M. Nélaton la priorité dans la détermination des varices lymphatiques. Lorsqu'on a lu la thèse de M. Binet et les diverses observations déjà mentionnées, on acquiert la conviction qu'il n'y a dans tout cela rien de nouveau. M. Nélaton a bien mis en lumière les caractères de certaines tumeurs lymphatiques, il a bien démontré les dangers qui sont inhérents à cette maladie, mais il y a une parenté tellement étroite entre les faits anciens et les observations modernes, qu'il me paraît équitable de reporter sur Amussat et Breschet l'honneur d'avoir décrit les premiers les tumeurs formées par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Je reviens au malade de M. Verneuil. En comparant sa maladie à celle qu'offre le sujet présenté aujourd'hui par M. Labbé, on peut bien se rendre compte de la grande différence qui existe entre ces deux cas pathologiques. M. Després, après diverses citations, nous a mentionné les travaux de Virchow ; j'ai lu le *Traité des Tumeurs*, et j'ai constaté que Virchow a des opinions confirmatives de celles que j'ai développées. Il range les éléphantiasis parmi les fibrômes, et il dit que dans ces hypertrophies on observe diverses manifestations, telles qu'ulcérations, obstructions et dilatations des lymphatiques, fistules lymphatiques, etc. On trouve même la dénomination suivante : éléphantiasis avec lymphorrhagie.

En somme, Virchow a décrit l'histoire de la maladie dont M. Verneuil nous a montré un exemple. Pour l'auteur allemand, c'est l'hypertrophie du tissu fibreux qui apparaît primitivement, les lésions lymphatiques ne sont que consécutives.

M. VERNEUIL. Il est vrai, comme l'a dit M. Labbé, que je n'ai point donné de nom aux dilatations des lymphatiques ganglionnaires. Cela tient à ce que cette variété de varices lymphatiques n'a point été démontrée par des faits positifs. J'ai décrit sous le nom de varices lymphatiques profondes la dilatation simultanée des lymphatiques de la paroi abdominale et des ganglions correspondants ; j'ai même imaginé une théorie ayant pour but d'expliquer comme quoi les varices procéderaient des vaisseaux de la cavité abdominale vers les ganglions.

Il y a une telle analogie entre les faits anciens et ceux qui ont été observés par M. Nélaton et ses élèves, que la priorité doit être attribuée à Amussat et à Breschet.

Je répondrai à M. Trélat que je trouve une certaine analogie entre mon malade et celui de M. Labbé. Je ne puis m'empêcher d'établir un rapprochement : Quelle différence y a-t-il entre les varices ampullaires de la veine saphène et ces varices qui s'accompagnent d'éléphantiasis du membre? Cependant ce sont toujours des varices. Je pense qu'il en est de même pour les dilatations lymphatiques, et, dans cette hypothèse, il y aurait les varices lymphatiques simples et les varices avec hypertrophie éléphantiasique.

Deux mots maintenant pour vous signaler un fait relatif à mon malade. Depuis qu'il vous a été présenté, cet homme a eu divers accidents : une varice lymphatique s'est rompue, et le lit a été littéralement inondé. A la suite, nous avons observé un frisson et des rougeurs qui trahissaient l'inflammation des lymphatiques. Cette angioleucite a rendu apparents des réseaux exagérément développés, mais les ganglions n'ont point été pris, ce qui ferait admettre l'oblitération des troncs lymphatiques.

M. LABBÉ. Je persiste dans l'opinion que j'ai émise : il ne me paraît pas possible d'attribuer à Amussat la découverte des tumeurs lymphatiques ; il ne suffit point d'observer un fait, il faut encore l'interpréter. Follin dit très-nettement, dans son livre, que jamais Amussat n'a pensé à autre chose qu'à la dilatation des troncs lymphatiques. Nulle part, même dans les auteurs classiques, il n'est question de tumeur formée par la dilatation des réseaux lymphatiques ganglionnaires, et c'est M. Nélaton qui, le premier, a décrit cette variété importante de varices lymphatiques. La pièce qui a été déposée au musée par M. Trélat a été utilisée par M. Anger, et l'on a bien constaté la dilatation des réseaux ganglionnaires. M. Robin a vérifié l'exactitude de ce fait anatomique. Comme M. Verneuil, je

reconnais qu'il y a de l'analogie entre tous les faits qui ont été cités à plusieurs reprises, mais l'interprétation des auteurs a beaucoup varié. Quant à la dilatation concomitante des réseaux ganglionnaires et des troncs qui se rendent à ces ganglions, je suis loin de la nier, et on l'observe chez le malade que j'ai présenté.

M. TRÉLAT. Il est bien certain qu'Amussat s'était trompé; il avait fait une erreur de diagnostic; mais l'anatomie pathologique n'a rien laissé à désirer, la lésion a été bien interprétée et ce fait a été le point de départ des recherches ultérieures. On ignorait à cette époque l'existence des réseaux lymphatiques ganglionnaires, il est donc tout naturel que leur dilatation n'ait point été mentionnée.

M. VERNEUIL. La question peut facilement être précisée. Existe-t-il une observation qui démontre que les varices lymphatiques se développent primitivement et isolément dans les ganglions lymphatiques? je ne le crois pas. Au contraire, la dilatation simultanée des réseaux ganglionnaires et des troncs afférents est démontrée par l'autopsie. Jusqu'à démonstration il me paraît inutile d'admettre l'adénolymphocèle.

M. DESPRÈS. On ne peut démontrer que l'éléphantiasis soit le résultat des dilatations du système lymphatique, mais ces deux maladies sont corrélatives. Chez le malade de M. Verneuil, l'hypertrophie a été précédée d'inflammation des vaisseaux lymphatiques et vous avez pu voir les traces d'un bubon suppuré. N'y a-t-il qu'une coïncidence, je l'ignore; cependant je serais disposé à admettre qu'il s'agit d'une affection primitive des vaisseaux lymphatiques.

M. TRÉLAT. On a observé des varices lymphatiques anciennes sans hypertrophie éléphantiasique des membres. Pour conclure comme l'a fait M. Desprès, il faudrait des faits et je pense, pour ma part, qu'il est sage de rester dans le doute.

M. LABBÉ. Si comme le disait M. Trélat, Amussat et les auteurs qui l'ont suivi, ignoraient l'existence des réseaux ganglionnaires, cette circonstance est une preuve que les varices de ces réseaux ont été trouvées récemment. Il existe des varices lymphatiques qui portent tantôt sur des troncs, tantôt sur des réseaux; pourquoi M. Verneuil se refuserait-il à admettre les varices limitées aux ganglions? Je ne puis accepter pour ma part que les varices ganglionnaires soient la conséquence nécessaire de la dilatation des troncs afférents.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la racine du nez.

M. HOUEL présente à la Société un homme d'une trentaine d'années qui porte à la racine du nez, entre les deux yeux, et s'étendant jusque dans la région frontale, une tumeur oblongue qui a le volume environ d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur est irrégulière à sa surface, bosselée et sans changement notable de couleur à la peau; les bosselures sont au nombre de deux principales, l'une est située sur la racine du nez, l'autre à la partie inférieure de la région frontale. Si on applique la main sur les tumeurs, on constate d'une manière évidente qu'elles battent, qu'il existe même un mouvement d'expansion assez marqué et l'application du stéthoscope fait reconnaître l'existence d'un bruit de souffle intermittent des plus évidents.

De chaque côté du nez se rendant dans la tumeur, on voit battre sous la peau les deux branches terminales dilatées des artères faciales, qui, au niveau de l'angle interne de l'œil s'anastomosent avec la branche dilatée de l'ophthalmique de Willis. Une compression exercée au niveau de l'anastomose de ses branches, fait cesser tous les battements de la tumeur, ainsi que le bruit de souffle, et si la tumeur est comprimée en même temps, on constate qu'elle est en partie réductible, car il reste une portion de la masse qui ne peut disparaître. La compression des deux carotides primitives ne modifie en rien les battements et le bruit de souffle.

Avec ces symptômes, la première idée qui se présente, c'est qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile, mais le siége de la tumeur et certains caractères de son évolution font craindre à M. Houel que derrière il n'existe un encéphalocèle, c'est pour cette dernière raison qu'il demande l'avis de la Société. Ce qui fait admettre à M. Houel la possibilité d'un encéphalocèle à la surface duquel existerait une circulation plus active, comme cela a été déjà observé plusieurs fois, c'est que, en interrogeant le malade avec soin, on arrive à constater d'après le dire des parents, que, dès l'âge de deux ans, il portait à la racine du nez une petite tache rouge sous laquelle existait une tumeur faisant un léger relief. Cette tache et la tumeur seraient restées longtemps stationnaires, et depuis six ans seulement elles auraient grossi insensiblement de manière à prendre le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Cette dernière circonstance serait cependant en faveur de l'existence d'une tumeur anévrysmale.

M. TARNIER. Les tumeurs de la racine du nez ont donné lieu à des erreurs graves, surtout lorsqu'il s'agissait d'enfants nouveau-nés. Dans le cas actuel, on a affaire à une tumeur qui n'a pris naissance qu'après la seconde année. Une tumeur traitée à la Clinique par M. Dubois, fut déclarée de nature érectile; M. Nélaton admit l'existence d'un encéphalocèle, enfin, M. Velpeau exprima une troisième opinion, qui fut confirmée par l'opération ; il s'agissait d'un fibrome.

M. TILLAUX. J'ai observé le malade qui vous est présenté en ce moment conjointement avec M. Gosselin ; nous sommes tombés d'accord pour admettre l'existence d'une tumeur érectile artérielle. Dans ce cas, on pourrait employer les injections coagulantes.

M. LEFORT. La marche de cette tumeur, les symptômes auxquels elle donne lieu, tout est en faveur d'une tumeur érectile.

M. HOUEL. Quand on comprime l'artère faciale, le souffle disparaît et la tumeur se réduit, mais la compression de la carotide primitive est sans influence sur la tumeur ; c'est là un fait qui attend son explication.

M. MARJOLIN. Il serait désirable de connaître à quelle époque ont apparu les battements dans la tumeur.

M. HOUEL. Les battements existent depuis douze ou quinze ans ; la tumeur, qui était restée stationnaire, grossit depuis six ans.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. le docteur Lazarewitch présente une série d'instruments destinés aux opérations obstétricales.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Lefort qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin de thérapeutique*, 30 juillet 1867 ;

Le *Bulletin semestriel de la Société médico-chirurgicale d'Alexandrie* (Egypte), 1867 ;

Association médicale de la Sarthe, 25e année ;

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement. — Aperçu anatomique et physiologique de ces organes. — Ovariotomie, par M. le docteur Boinet. Victor Masson, 1867, in-8°, 452 pages.

M. le docteur Léon Parisot adresse une demande pour être compris parmi les candidats aux places de membres correspondants. A l'appui de cette demande, M. Parisot envoie un mémoire inédit sur le traitement des enchondromes des doigts et des métacarpiens. (Commissaires : MM. Perrin, Desormeaux et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Panas présente à la Société un malade qui porte sur le gland nn chancre phagédénique datant de deux mois et demi, accompagné d'nn bubon douloureux. Ce chancre a tous les caractères du chancre mou; la surface est suppurante et sans trace d'induration ; enfin, on a pu pratiquer une inoculation positive sur l'abdomen du malade. Tous ces caractères, dit M. Panas, conduisent à admettre l'existence d'un chancre simple, et cependant on rencontre, sur la peau et sur les muqueuses, les signes évidents d'une syphilis constitutionnelle. Il ne faudrait pas trop se hâter de conclure, on aurait même tort de croire qu'il s'agit d'un chancre mou suivi de vérole constitutionnelle ; en effet, on

trouve sur le reflet prépuciale une cicatrice indurée qui a succédé à un autre chancre.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il a eu en même temps deux chancres, dont l'un, celui qui est encore à l'état d'ulcère, s'est développé trois ou quatre jours après les rapports sexuels, c'est-à-dire sans incubation notable. Le second n'est venu que quinze jours après; il a été très-simple, mais il a laissé après lui une induration qui persiste encore aujourd'hui. Ces deux chancres sont situés vis-à-vis l'un de l'autre, c'est ce qui a fait penser que l'un d'eux était le résultat d'une inoculation par voisinage; mais la marche si différente de ces deux ulcères suffit pour démontrer qu'il y a eu, en même temps, un chancre simple et un chancre syphilitique.

La situation réciproque des deux ulcères était très-favorable à la production du chancre mixte de M. Rollet, cependant le chancre induré, loin de s'inoculer, s'est au contraire cicatrisé très-rapidement.

M. Desprès. — La question du dualisme chancreux ne peut être jugée avec le malade qui nous est présenté; les renseignements sont insuffisants et on peut faire diverses hypothèses.

M. Panas. — Il est probable que la femme qui a infecté ce jeune homme portait en même temps un chancre mou et des plaques muqueuses. J'insiste sur ce fait qu'on aurait pu, dans le cas actuel, supposer que le chancre mou avait donné lieu à la syphilis constitutionnelle, tandis que l'examen attentif du malade a démontré l'existence d'un chancre induré. Le malade a contracté en même temps deux ulcères qui, par leur marche et par les conséquences qui en sont découlées, démontrent bien l'existence de deux virus distincts.

Hernie inguinale volumineuse enflammée.

M. Broca. — J'ai observé récemment un fait qui se rattache à un point embarrassant de la pratique chirurgicale. Il s'agissait d'une hernie inguinale volumineuse et enflammée. Voici, en quelques mots, l'histoire de mon malade. Cet homme présentait une hernie inguinale gauche; cette tumeur sortait et rentrait facilement, elle mesurait cinquante-quatre centimètres de circonférence. A plusieurs reprises, cette hernie, devenue irréductible, ava't provoqué certains accidents qui s'étaient toujours terminés vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, grâce à l'emploi des sangsues et des émollients. Tout récemment, les accidents reparurent pour la troisième fois; les sangsues et les cataplasmes n'amenèrent point la réduction de la

tumeur, et je fus appelé quarante-huit heures après le début des accidents. L'état du malade était grave, et la réduction me parut tout d'abord impossible, la petitesse du pouls ne permettant pas de songer à l'emploi du chloroforme ; les vomissements étaient fécaloïdes, la constipation opiniâtre. La tumeur était peu douloureuse, elle était sonore et présentait un gros pédicule. Dans ces conditions, je crus devoir attendre, car ordinairement l'inflammation tombe d'elle-même et la hernie se réduit.

Le troisième jour, l'état général était tellement aggravé que la vie du malade nous parut compromise ; je songeai à intervenir, quoique du côté de la hernie il n'y eût aucune menace de gangrène. Il n'y avait point de péritonite. Je me décidai à faire une opération, non pas pour lever un étranglement qui n'existait pas, mais pour faciliter la circulation en retour des organes contenus dans le scrotum. A l'exemple de plusieurs chirurgiens, je débridai l'anneau inguinal. Le malade étant endormi, je fis une incision de cinq centimètres et, sans ouvrir le sac, je débridai le canal inguinal dans une étendue de deux centimètres. La hernie fut laissée en place, tous les accidents cessèrent, et, dix heures après, la hernie rentrait d'elle-même. Cependant le malade ne put se relever, il succombait, trente-six heures après l'opération, sans avoir présenté la moindre réaction. J'ajouterai que j'ai cru devoir attribuer à des habitudes d'ivrognerie les troubles de la respiration qui ont toujours dominé l'état général de l'opéré.

M. Tillaux. — Depuis deux ans que j'ai le service de Bicêtre, j'ai observé un certain nombre de hernies volumineuses enflammées, je n'ai jamais pratiqué d'opération, et tous mes malades ont guéri.

M. Panas. — Dans les hernies enflammées, on craint toujours que la réduction ne soit accompagnée d'une péritonite.

J'ai fait des expériences ayant pour but de découvrir le mécanisme suivant lequel se développe l'inflammation du péritoine après la réduction de certaines hernies. Vous savez tous qu'après la mort, les liquides contenus dans les organes transsudent dans la cavité du péritoine, ceci est surtout très-évident pour le contenu de la vésicule biliaire. Partant de là, j'ai supposé qu'une anse d'intestin, privée de sa circulation capillaire, pouvait, après sa réduction, laisser filtrer les matières qu'elle contient et causer ainsi la péritonite.

Pour justifier cette théorie, j'ai fait l'expérience suivante sur un poulet. On lie une portion de l'intestin grêle ; lorsque cette partie est privée de sa circulation, au point qu'on puisse la piquer

sans que le sang s'écoule, on place l'anse intestinale dans une solution de cyanure de potassium; puis on introduit, dans le bout supérieur de l'intestin, une solution de sulfate de fer qui bientôt transsude au travers de l'anse malade, en produisant la coloration bleue caractéristique. J'ai conclu de cette expérience que la partie de l'intestin qui avait été étranglée pouvait être assimilée à une membrane inerte, sans vie, qui ne s'oppose en aucune façon à la sortie des matières contenues.

On pourrait expliquer ainsi la péritonite qui succède à la réduction des hernies; cette théorie me paraît plus satisfaisante que celle de la péritonite par propagation.

M. Perrin. — Je tiens pour très-ingénieuses les expériences de M. Panas, mais notre confrère a-t-il fait la contre-épreuve, et s'est-il assuré que le même phénomène ne se passerait pas avec une anse d'intestin parfaitement sain. Ce que M. Panas appelle de la transsudation ressemble beaucoup au phénomène de l'endosmose.

M. Panas. — Je n'ai point fait la contre-épreuve. Dans la partie d'intestin qui était immergée, il y en avait nécessairement une portion saine; or, la partie malade laissait seule passer le sulfate de fer.

Entre une membrane vivante et une membrane morte, il y a une différence capitale. Grâce aux courants vasculaires, les matières contenues dans l'intestin ne peuvent pas traverser la paroi. Lorsque l'étranglement supprime ces courants vasculaires, la transsudation devient possible, et telle est la cause de la péritonite.

M. Trélat. — Les expériences de M. Panas sont très-intéressantes, mais l'interprétation peut varier; sans rejeter absolument la théorie de M. Panas, je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il existe en clinique des preuves évidentes en faveur de la péritonite par propagation.

J'ai opéré autrefois, en présence de Malgaigne, un malade atteint de hernie enflammée, et présentant cet ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de choléra herniaire. Mon malade mourut d'une péritonite par propagation. Chez une femme non opérée, atteinte de hernie crurale, la mort survint après quatre jours de temporisation, et l'autopsie démontra une péritonite par propagation; enfin, je mentionnerai un malade porteur d'une hernie enflammée, et qui guérit après une réduction incomplète de sa tumeur, obtenue pendant le sommeil anesthésique. Les trois exemples que je viens de citer démontrent que la hernie enflammée peut se terminer différemment, suivant les cas.

M. Broca. — L'exemple cité par M. Trélat démontre que le choléra herniaire peut avoir sa cause dans une péritonite qui se propage d'une hernie vers l'abdomen. Les mêmes accidents présentés par mon malade m'avaient semblé devoir être rapportés à l'alcoolisme. Les phénomènes graves, dont il est question en ce moment, paraissent se rattacher à l'étranglement plutôt qu'à l'inflammation. Il est vraiment singulier de voir une dépression si profonde arriver en quelques heures chez certains malades, alors qu'il en est d'autres qui restent plusieurs jours sans offrir rien de semblable. Je me rappelle un fait observé dans le service de Gerdy ; une hernie inguinale enflammée fut réduite par ce chirurgien; le malade succombait vingt heures après, présentant tous les symptômes du choléra herniaire. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas de péritonite, et l'on fut obligé d'invoquer l'état nerveux pour expliquer cette mort rapide.

En rapprochant tous ces faits, on arrive à conclure qu'il existe certains individus chez lesquels les phénomènes, qui ont pris naissance à l'occasion d'une hernie irréductible, revêtent l'aspect cholérique et persistent, quoi qu'on fasse, entraînant ainsi la mort des individus.

M. Perrin. — Les accidents qui caractérisent le choléra herniaire sont très-fréquents chez les vieillards ; il me semble qu'il vaut mieux invoquer pour cause de ces accidents l'état général des sujets plutôt qu'une influence personnelle. Trois faits sont encore présents à ma mémoire ; dans un premier cas, malgré le rétablissement des garde-robes, l'adynamie a persisté et la mort a suivi l'opération. Chez les deux autres malades, on n'a point fait d'opération, il n'y a point eu de péritonite, et les mêmes phénomènes ont entraîné la mort. Il faut chercher l'explication d'un état aussi grave dans les troubles du système nerveux, entraînant à leur suite une perturbation des fonctions du cœur ; c'est, d'ailleurs, ce qui se passe pour les plaies de l'abdomen. Certains sujets succombent à la péritonite, mais chez d'autres la mort survient sans inflammation, et il faut l'expliquer par une perturbation du grand sympathique.

M. Tarnier. — Tous les membres de la Société sont d'accord pour admettre un ensemble symptomatologique, le choléra herniaire, caractérisé par le refroidissement, la petitesse du pouls, etc. Il faut éloigner l'idée d'un empoisonnement, car cette perturbation grave s'observe toutes les fois qu'il y a une blessure de la cavité abdominale. La rupture de l'utérus, la perforation des culs-de-sac du vagin s'annoncent immédiatement par des accidents absolument semblables à ceux qui appartiennent au choléra herniaire.

M. Broca. — Je ne pense pas que les vieillards soient plus prédisposés aux accidents graves dont il est question. A Bicêtre, j'ai vu tous mes malades guérir, et je croirais plus volontiers que le choléra herniaire s'observe de préférence chez les adultes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 6 AOUT 1867.

Présidence de M. [illegible]

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Des demandes de congé adressées par MM. Foucher, Labbé, Blot, Giraldès et Perrin ;

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant à la Société l'attribution d'une somme de 600 francs ;

Une lettre de M. Gazeau, chef de clinique de M. Langlebert, relative à l'observation communiquée, dans la dernière séance, par M. Panas.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

Les *Archives de médecine*, août 1867 ;

La *Gazette médicale de Strasbourg*, 25 juillet ;

Compte rendu des travaux de la Société impériale de Toulouse ;

Revue médicale de Toulouse ;

Journal de médecine de l'Ouest (Nantes) ;

M. le docteur Dudon envoie, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse, intitulée : *De l'uréthrotomie externe* ;

M. Depaul fait hommage d'une brochure importante, intitulée : *Expériences avec le cowpox ou vaccin animal,* compte rendu adressé au ministre de l'agriculture, du commerce, etc.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Kuhn, dont voici la partie importante :

« I. Le *spina bifida* est constitué, soit par la hernie de la » moelle épinière, soit simplement par la hernie des méninges, » à travers une ouverture anormale du canal rachidien.

» II. Il reconnaît pour cause une accumulation de liquide, » soit dans la cavité des méninges (hydrorachis extra-médul- » laire ou périphérique), soit dans l'épaisseur même de la moelle » (hydrorachis centrale ou intra-médullaire).

» III. De là immédiatement cette différence capitale dans la » composition des poches hydrorachiques, à savoir : que tantôt » leurs parois sont exclusivement formées par les téguments et » par les méninges, et que, d'autres fois, la couche intérieure » de ces poches est constituée par la substance même de la » moelle, dilatée par une accumulation de liquide dans son » centre, et réduite en une simple coque ou pellicule.

» IV. Cette différence dans la composition anatomique de la » poche hydrorachidienne (sans préjudice des lésions générale- » ment plus graves qui accompagnent l'hydrorachis *centrale*) » influe nécessairement sur les résultats de la ponction, attendu » que, dans un cas, l'instrument ne peut éviter la moelle, tandis » que, dans l'autre, il ne peut l'atteindre.

» V. J'ai tout lieu de croire, sans pouvoir, toutefois, affirmer » la constance du fait, qu'il est possible, et souvent même » facile, de distinguer, sur le vivant, l'hydrorachis centrale de » l'hydrorachis périphérique, au moyen de pressions exercées » sur la tumeur : dans le premier cas, on détermine instanta- » nément de la paralysie dans le train inférieur, ce que l'on » obtient difficilement dans les cas d'hydrorachis périphé- » rique.

» VI. L'ouverture accidentelle du canal vertébral (celle qui » livre passage à la poche hydrorachique), existe toujours » sur la ligne médiane : elle résulte d'un écartement lent et » successif, soit des arcs postérieurs (apophyses épineuses), soit » des arcs antérieurs (corps) des vertèbres. De là une nouvelle » distinction en spina bifida *postérieur* et en spina bifida *anté-* » *rieur* (ce dernier infiniment rare). »

(Or, le cas de tumeur sous-périnéale rapporté dans ma dernière lettre à la Société impériale de chirurgie, est précisément une *hydrorachis centrale*, par spina bifida *antérieur* de la région lombo-sacrée ; c'est ce qui explique la situation de la poche hydrorachique en avant de l'orifice anal.)

« X. Le prolongement de la moelle épinière au-dessous de » ses limites normales, dans le spina bifida, a été déjà constaté » par plusieurs observateurs, M. Cruveilhier entre autres ; mais » personne, que je sache, ne l'avait encore vue descendre au

» point de dépasser le niveau du plancher périnéal et de simuler » un scrotum ! Avant d'avoir vu ce cas et constaté cette rétro- » cession (voir ma précédente lettre) des nerfs de la queue de » cheval, j'attribuais le prolongement de la moelle, dans le » spina bifida, à la persistance d'un état embryonnaire ; mais si, » comme tout me porte à le croire, cette élongation n'existe » que dans l'hydrorachis *centrale* ou *intra-médullaire*, il y a » évidemment une autre cause, inhérente à l'affection elle- » même, à savoir : la force expansive du liquide épanché dans » l'intérieur de la moelle. Comme le canal vertébral ne cède pas » toujours, la distension ne peut s'opérer que dans le sens lon- » gitudinal, et la moelle s'allonge jusqu'à ce qu'elle rencontre » un point moins résistant, par où la tumeur s'échappe.

» XI. L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment » chez la plupart de ceux qui naissent avec des difformités mus- » culaires des membres inférieurs, une *dépression infundibu-* » *liforme*, espèce de *cicatrice en cul-de-poule*, quelquefois » très-profonde, toujours intimement adhérente aux tissus » fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane qui » revêt l'orifice inférieur du canal vertébral. Elle est toujours » située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation » sacro-coccygienne (un peu plus haut ou plus bas).

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhé- » rence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal » vertébral, permettent de supposer qu'elle est la trace d'une » ancienne *hydrorachis périphérique* des premiers temps de » la vie embryonnaire, ouverte accidentellement, et puis cica- » trisée. — Cette disposition est très-commune ; je l'ai ren- » contrée une fois sur quatre à cinq individus. Dans les établis- » sements orthopédiques, elle se rencontre une fois sur trois. »

D'après ces données, la question du siége variable des tumeurs hydrorachiques (un peu plus haut ou un peu plus bas, en avant ou en arrière) s'explique tout naturellement. J'en dirai presque autant de l'absence ou de la présence des *myélocytes* et autres éléments constatés par le microscope. Celles de ces tumeurs, originairement constituées par une *hydrorachis centrale*, renfermeront, de toute nécessité, des éléments médullaires, tandis qu'on n'en trouvera pas dans celles qui auront pour point de départ une *hydrorachis périphérique*.

La fréquence de la *cicatrice infundibuliforme* que j'ai signalée dans la région sacro-coccygienne, et que je crois être la trace d'une ancienne hydrorachis extra-médullaire, ouverte au dehors et puis cicatrisée, témoigne d'une grande prédisposition, à certaine phase de la vie embryonnaire, à une hydropisie des méninges rachidiennes, et d'une bien faible résistance des tissus qui ferment l'orifice inférieur du canal rachidien.

Si ma théorie est vraie, la plupart de ces tumeurs s'ouvrent au dehors et puis forment la cicatrice que je viens de signaler; quelques-unes, s'engageant entre les tissus du plancher périnéal, constituent probablement la majeure partie des tumeurs qui font l'objet de la discussion pendante devant la Société. Je le répète, leur différence de siége dépend surtout du point d'où elles émergent de la colonne vertébrale; et leur différence de composition dépend, du moins en partie, de ce qu'elles sont constituées ou par une hydrorachis centrale, ou par une hydrorachis périphérique.

M. le président informe la Société qu'une demande, signée de onze membres, a été déposée sur le bureau. Les signataires émettent le désir que la Société prenne chaque année un congé de deux mois, du 15 août au 15 octobre. Cette demande sera discutée en comité secret.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bec-de-lièvre opéré.

M. Depaul. Je désire faire constater, par les membres de la Société, le résultat d'une opération de bec-de-lièvre, par le procédé ancien. Il s'agit d'un enfant qui m'a été adressé par M. Marjolin. Ce petit être, âgé de quatre jours, portait un bec-de-lièvre, à gauche, compliqué de division de la voûte palatine. L'os incisif m'a paru manquer; les deux lèvres de la division étaient très-adhérentes; la cloison du nez était presque transversale.

L'opération a été exécutée de la manière suivante: décollement très-étendu, de façon à libérer complétement la cloison; avivement très-complet, avec les ciseaux, des deux lèvres; deux points de suture entortillée.

Le résultat obtenu me paraît démontrer : 1° qu'on peut opérer les nouveau-nés avec avantage; 2° que la vieille manière peut donner de bons résultats.

M. Desormeaux. Je crois que M. Depaul a raison d'opérer les becs-de-lièvre dès la naissance. Je trouve le procédé opératoire employé moins parfait que d'autres; j'aime mieux la méthode à lambeaux et la suture à points séparés avec des fils d'argent.

Le petit malade qui nous est présenté porte sur la lèvre restaurée une légère encoche, qui s'accusera encore davantage avec le temps.

Quant à l'os incisif, il existe du côté opposé à la division des parties molles.

M. Trélat. Je conçois que le résultat obtenu par M. Depaul soit de nature à confirmer notre collègue dans la bonne opinion qu'il a dû procédé ancien. Pour ma part, je crois les fils métalliques plus avantageux que les épingles.

M. Depaul. J'ai opéré un bon nombre d'enfants ; j'en revois quelques-uns qui sont aujourd'hui de grands garçons. Je puis affirmer, d'après mon expérience, que l'encoche, dont a parlé M. Désormeaux, ne se produira pas ultérieurement. Les bons résultats que j'obtiens sont dus à deux circonstances que je crois capitales : 1° je fais un large décollement des parties à rapprocher ; 2° je fais un large avivement des lèvres, afin d'affronter de larges surfaces saignantes.

M. Trélat. — Je viens apporter une preuve à l'appui de ce que vient de dire M. Depaul. Oui, il faut aviver très-largement ; dans un cas, j'ai avivé avec parcimonie, j'ai conservé une partie de ces téguments colorés qui bordent le bec-de-lièvre. Le résultat de mon opération a été bon ; la lèvre est régulière, mais la cicatrice est rosée, et il y a là une difformité de coloration qui nécessitera une nouvelle opération.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

Femme primipare. — Accouchement naturel à terme. — Encéphalocèle du volume d'un œuf de poule, située à la racine du nez. — Mort douze heures après la naissance. — Autopsie.

M. Depaul soumet à la Société un exemple d'encéphalocèle de la racine du nez. Il remet l'observation suivante recueillie par le Dr Bailly, chef de clinique.

Le poids et le volume du tronc et des membres de cet enfant sont ceux d'un fœtus à terme.

Leur conformation et celle des viscères sont parfaitement naturelles.

Le crâne, sensiblement symétrique, présente un développement fort inférieur aux dimensions du crâne d'un enfant régulièrement conformé ; on y retrouve l'aspect caractéristique de la tête des anencéphales.

Les parties molles extérieures ont une épaisseur et une coloration normales, et, en explorant attentivement la boîte osseuse avec la main, on peut s'assurer qu'elle est moins régulièrement sphérique, plus anguleuse ; que ses protubérances sont plus accusées qu'on ne l'observe dans les conditions d'un développement régulier.

La conformation de la face est naturelle, sauf l'existence d'une tumeur pédiculée insérée dans le fond de la dépression fronto-nasale.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule et d'un rouge foncé livide, est formée de quatre lobes inégaux qui tombent en s'étalant sur la face, de manière à couvrir et à masquer complétement les yeux, le nez et le sommet des joues. La disposition de cette tumeur rappelle assez exactement celle de la crête pendante de certains gallinacés.

Le pédicule de la tumeur, du volume du pouce d'un adulte, au moins, correspond exactement à la suture fronto-nasale. Il est situé sur la ligne médiane, un peu plus rapproché pourtant de l'angle interne de l'œil droit que du gauche.

Des quatre lobes qui composent la tumeur, et que séparent des scissures profondes, trois sont situés à gauche et ont une forme digitée, le quatrième beaucoup plus volumineux est irrégulièrement sphéroïdal. Tous sont recouverts d'un épiderme très-fin, qui adhère faiblement à une couche membraneuse, plus épaisse, mollasse, d'un rouge foncé vineux, qui paraît formé par le derme cutané doublé des méninges.

Le cuir chevelu et les parties molles sous-jacentes étant décollés, on trouve la voûte formée de tous les os qui la composent normalement, seulement ces derniers ont peu d'étendue et un aspect bosselé déjà signalé. Les sutures et les fontanelles offrent également une disposition naturelle.

Après avoir enlevé la calotte crânienne par une section circulaire faite au-dessous des bosses frontales et pariétales, on est frappé des dispositions suivantes :

La faux du cerveau paraît manquer entièrement ; aucun repli quelconque de la dure-mère n'apparaît sur la ligne médiane du crâne. Le sinus longitudinal supérieur, déjeté à droite, traverse obliquement la face interne du pariétal de ce côté.

La masse encéphalique qui s'offre à la vue, et que couvrent de nombreuses circonvolutions, ne présente pas de scissure médiane. Elle est formée uniquement par l'hémisphère gauche du cerveau, renversé sur sa face interne, et étalé de manière à couvrir toute la base du crâne. En soulevant cet hémisphère, on découvre le fond de la scissure médiane du cerveau et la face supérieure du corps calleux, surmontée d'une bandelette fibreuse étroite qui, s'insérant à l'extrémité inférieure de la suture bifrontale, va se confondre en arrière avec la voûte du cervelet. Par sa position et ses insertions, cette bandelette paraît bien être un vestige de la faux du cerveau.

La moitié droite du cerveau est représentée par un double noyau de substance nerveuse, qui paraît être la couche optique et le corps strié. L'extrémité antérieure de ce dernier s'enfonce

dans une dépression, qui vient aboutir à une ouverture située au-dessus de l'apophyse *crista-galli*, et conduit dans la cavité du lobe principal de la tumeur extérieure. On trouve dans cette cavité un noyau de substance cérébrale, du volume d'une olive, qui semble être le rudiment de l'hémisphère droit, lequel fait défaut dans la boîte crânienne.

Les trois lobes gauches, ou petits lobes de la tumeur faciale, ne contiennent pas de substance nerveuse, mais seulement une expansion mollasse des enveloppes cérébrales. J'ai lieu de croire que ce prolongement méningien sort du crâne par une ouverture distincte de celle qui livre passage à la masse nerveuse du côté droit ; je n'ai pu encore vérifier la disposition réelle de cette ouverture, à cause de la diffluence du cerveau qu'une recherche de cette nature aurait entièrement désorganisé.

Une immersion suffisamment prolongée dans une solution d'acide chromique, en raffermissant la pulpe cérébrale, permettra de compléter prochainement la dissection.

Une tente fibreuse, régulièrement disposée, couvre un cervelet presque rudimentaire, dont l'examen complet sera fait ultérieurement pour les raisons exposées précédemment.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 14 AOUT 1867.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

A propos de la correspondance, M. Després informe la Société qu'il a eu le malheur de perdre une malade pendant l'administration du chloroforme. L'autopsie sera faite et l'observation sera ultérieurement communiquée.

M. le docteur Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) communique : 1° l'observation d'un fibrôme de la corde vocale gauche avec extirpation suivie de guérison; 2° un projet d'aménagement

pour un hôpital d'enfants. (Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Boinet et Guérin.)

M. Laborie profite de l'occasion pour informer la Société qu'un projet très-analogue à celui de M. le docteur Rauchfuss est actuellement en voie d'exécution, comme annexe, à l'hôpital de Vincennes.

M. Marjolin. Depuis bien des années, nous réclamons des améliorations indispensables dans nos hôpitaux d'enfants; il est fâcheux de constater que toutes ces modifications sont adoptées à l'étranger, et même en France, mais dans les établissements qui ne ressortissent point de l'Assistance publique.

RECTIFICATION.

M. Panas. Dans la dernière séance, la Société a bien voulu me prier d'examiner une lettre de M. Charles Cazeau, étudiant en médecine. Cette lettre avait trait à la communication faite par moi.

J'ai questionné de nouveau mon malade, et j'ai acquis la certitude que rien ne peut confirmer les assertions contradictoires de M. Cazeau. Je persiste donc dans l'interprétation des faits telle que je l'ai donnée en soumettant le malade à votre examen.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Cruveilhier présente un malade qui a subi l'extirpation de l'astragale consécutivement à une luxation de cet os. L'observation est renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Cruveilhier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Amédée Tardieu, interne des hôpitaux, présente un nouvel instrument destiné à la compression des artères. (Commissaires : MM. Broca. Tillaux et Labbé.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil présente une tumeur fibro-plastique très-volumineuse récidivée dans la région fessière. Cette tumeur a été enlevée en combinant l'action du galvano-cautère et celle de l'écraseur linéaire.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 21 AOUT 1867.

Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Giraldès offre à la Société, de la part de l'auteur, une brochure intitulée : « The hunterion oration for the year 1867, by John Hilton. »

M. le **Président**. L'un de nos correspondants, M. le docteur Gaujot, m'a chargé de faire à la Société l'hommage du premier volume d'un ouvrage important qu'il publie sous le nom « d'Arsenal de la chirurgie contemporaine. » Ce livre, destiné à un grand succès, contient la description, le mode d'emploi et une appréciation judicieuse des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales. L'orthopédie, la prothèse, les opérations simples, générales, spéciales et obstétricales sont successivement passées en revue.

A propos de la correspondance, M. le secrétaire donne lecture de l'observation suivante, qui a été adressée par M. Després.

Observation d'asphyxie à la suite de l'application du chloroforme.

Marie M..., née à Saint-Florentin (Yonne), âgée de 19 ans, couturière, atteinte de végétations de la vulve et du vagin, survenues à la suite d'une vaginite et d'excoriations de la vulve ; d'une constitution assez bonne, ayant le teint mat et un peu violacé, n'ayant jamais rien présenté d'extraordinaire du côté de la poitrine, a été endormie une première fois, sur sa demande, pour se faire opérer de ses végétations, le 24 juillet dernier. L'anesthésie a été obtenue assez facilement et rien de particulier n'a été noté, si ce n'est que la petite malade a prononcé, pendant son sommeil et avec volubilité, le mot *zap*, ce qui était une variété d'aphasie. La malade réveillée voulut retourner seule à son lit.

Les végétations ayant repoussé rapidement, M. Després les

coupa à deux reprises, un petit nombre à la fois et sans chloroformer la malade. Mais celle-ci, très-pusillanime d'ailleurs, se refusa à se prêter aux excisions partielles et demanda avec insistance à être endormie de nouveau.

Le 14 août, huit jours après la cessation de ses règles, la jeune fille vint pour se faire opérer et monta sur le lit au spéculum où elle s'est couchée dans une position horizontale, les pieds reposant sur les pédales du lit.

L'externe du service donna le chloroforme à la malade ; il versa sur une compresse pliée en quatre quelques gouttes de chloroforme, de façon à faire une tache sur ce linge de l'étendue d'une pièce de cinq francs, puis il promena la compresse au-devant du nez et de la bouche de la malade à une distance de trois centimètres. Il n'y avait pas une demi-minute que la malade respirait ainsi, qu'elle se mit à trépigner. M. Després fit aussitôt suspendre le chloroforme. A ce moment, le pouls battait bien, la respiration se faisait. Tout à coup, la malade rendit ses urines, sa face se congestionna et la respiration se suspendit. Aussitôt de l'eau fut jetée sur le visage de la malade, pendant que le chirurgien attirait la base de la langue en avant et plaçait la tête de la malade en bas. Une respiration fut enfin obtenue, puis tout s'arrêta encore. Comme la face était violacée, M. Després replaça la malade sur le lit et pratiqua la respiration artificielle par des pressions méthodiques sur le thorax. Une nouvelle inspiration, plus profonde que la première, eut lieu, puis une seconde et la face devenait un peu moins violacée, mais le pouls ne reparaissait pas. Grâce à la respiration artificielle, la tête étant en bas ou reposant sur le lit, quatre respirations furent encore obtenues en huit minutes. Malgré tous les efforts continués pendant plus d'une demi-heure, le refroidissement des extrémités est survenu et la mort s'est confirmée. L'insufflation de bouche à bouche a été tentée sans succès.

Le chloroforme, analysé par M. Morin, pharmacien en chef de l'hôpital, a été trouvé très-pur.

Ces détails ont été recueillis par mon interne ; j'ai pratiqué moi-même l'autopsie de ma malade et voici ce que j'ai trouvé :

Dans le cerveau, il y avait du sang noir dans les veines des circonvolutions cérébrales, la substance grise était congestionnée. Il y avait du piqueté dans la substance blanche des hémisphères et dans la protubérance annulaire dont les vaisseaux contenaient de petits caillots filiformes.

Les poumons étaient congestionnés, leurs vaisseaux renfermaient du sang noir, visqueux et le tissu pulmonaire se déchirait facilement. Les bronches contenaient un peu d'écume rosée. Il n'y avait aucune adhérence pleurale.

Le cœur était flasque, il était très-gros; il paraissait plus

large qu'à l'état normal. Les cavités ventriculaires, droite et gauche, augmentées de capacité, renfermaient à peu près une cuillerée à café de sang noir. Les fibres musculaires du cœur, examinées au microscope, présentaient un degré assez avancé de la substitution graisseuse.

Il y avait environ 60 grammes de sérosité dans le péricarde.

Il n'y avait point de lésions valvulaires.

A la bifurcation des bronches, il y avait trois ganglions bronchiques très-hypertrophiés; l'un avait le volume d'un rein de mouton et les deux autres le volume d'une noix. Le plus gros adhérait intimement à la face postérieure de la bronche droite. Le nerf pneumogastrique de ce côté était adhérent à ce ganglion; les deux autres ganglions, situés au-dessous, n'étaient pas adhérents aux parties voisines. Le premier ganglion renfermait à son centre un tubercule crétacé, du volume d'une noisette, entouré d'une substance molle, pulpeuse et violacée. Les deux autres ganglions offraient à la coupe une coloration violacée, et toute distinction entre les substances centrales et corticales avait disparu.

Le foie était notablement augmenté de volume et congestionné. La rate avait plus du double de son volume normal; elle était granuleuse à la surface, et, à l'intérieur, on distinguait nettement ses cloisons hypertrophiées.

Les deux reins étaient congestionnés; un seul ganglion lymphatique périphérique était engorgé, et c'était un des ganglions inguinaux du côté gauche. Deux ganglions, situés au voisinage de la rate étaient hypertrophiés.

Le sang recueilli entre deux ligatures dans une portion de la veine saphène interne, renfermait une proportion de globules blancs plus considérable que dans le sang sain.

Il résulte de cette autopsie que la malade a présenté les caractères anatomo-pathologiques de l'asphyxie. Que la congestion pulmonaire ou la congestion cérébrale ait précédé l'une ou l'autre, il importe peu; l'anesthésie chloroformique procède toujours de la même façon, en congestionnant les poumons et le cerveau à la manière des vapeurs alcooliques. Les choses se sont passées dans cet ordre chez notre malade; mais, comme il s'agissait d'une femme atteinte de diverses lésions qu'on peut rapporter à une leucocythémie, comme il y avait un cœur graisseux et une compression exercée sur une pneumo-gastrique au niveau du plexus pulmonaire, on conçoit que lorsqu'il a fallu résister aux effets du chloroforme, le cœur de la malade et même son sang se soient trouvés impuissants. Et cela nous explique pourquoi nous n'avons pu produire que quelques mouvements respiratoires. Enfin, pour donner la raison de la mort de la malade, le 14 août plutôt que le 24 juillet, époque de la pre-

mière anesthésie chloroformique, à défaut d'invoquer la chaleur excessive qu'il a fait le 14 août, je dirai que l'on reconnaît l'existence de dispositions journalières qui permettent de tolérer un jour ce qu'on ne peut supporter le lendemain, que ce soit du chloroforme, de l'iode ou de la belladone, et que, jusqu'ici cependant, rien n'indique les mutations quotidiennes des dispositions individuelles contre lesquelles on ne peut pas se mettre en garde.

M. Broca. — Je saisis l'occasion qui m'est fournie pour communiquer à la Société la relation d'une mort par le chloroforme, survenue dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. Le fait dont il s'agit est intéressant à plusieurs titres; j'ai l'honneur de déposer l'observation sur le bureau.

Observation d'un cas de mort par le chloroforme.

Le nommé Joseph B....., âgé de dix-sept ans, entrait, le 20 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur du cou.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, et située sur la ligne médiane antérieure du cou, en avant et au-dessus du larynx, avait paru quatre ans auparavant et depuis lors avait fait des progrès continuels.

Je diagnostiquai un kyste sébacé profond, adhérent à la membrane thyroïdienne; ces sortes de tumeurs, renfermant de la graisse et des poils, récidivent constamment lorsqu'on les traite par toute méthode autre que l'extirpation. L'extirpation fut donc résolue (31 octobre 1866).

Prévoyant toutefois le cas où mon diagnostic serait inexact, et où le kyste serait séreux, j'avais fait préparer les instruments nécessaires pour l'injection iodée et je fis tout d'abord une ponction avec un court trocart. Il ne sortit que de la matière sébacée, et retirant aussitôt le trocart, je me mis en mesure d'endormir le malade pour procéder à l'extirpation. J'administrai moi-même le chloroforme; mais la ponction préliminaire, en détournant mon attention sur la question de diagnostic, m'avait malheureusement fait négliger la précaution que je prends toujours d'ausculter le cœur avant de donner le chloroforme.

Dès que le sommeil fut obtenu, je commençai l'opération et, quoique l'opéré s'agitât quelque peu, je pus disséquer, sans trop de difficulté, toute la surface antérieure et latérale de la tumeur. Mais, au moment où je me disposais à disséquer sa face profonde, l'opéré se souleva violemment, lutta avec nous en vociférant, et rendit impossible, pendant quelques instants, la continuation de l'opération. Lorsqu'il fut un peu plus calme, je dis à mes aides

de le maintenir, et je voulus donner les quelques coups de bistouri qui devaient terminer l'opération; mais l'excitation du chloroforme avait décuplé ses forces, et, au premier coup de bistouri, il recommença la lutte. Il s'en fallait de si peu que l'opération fût terminée qu'il me répugnait d'administrer de nouveau le chloroforme; j'invitai donc mes aides à redoubler d'énergie, et d'un dernier coup de tranchant, j'achevai la dissection de la tumeur.

Aussitôt, une énorme veine, située à la partie inférieure de la plaie, donna du sang en abondance, et je me disposais à saisir ce vaisseau, sur lequel un interne avait mis le doigt, lorsque tout à coup l'opéré, bondissant sur sa couche, malgré les aides qui l'entouraient, se dégagea de nos mains. Les efforts qu'il faisait augmentaient l'intensité de l'hémorrhagie, que nous ne pouvions arrêter qu'en appliquant un fil sur la veine, opération que l'agitation de l'opéré fit échouer plusieurs fois. Le sang coulait toujours rapidement, et si j'avais attendu que le calme fût rétabli pour lier le vaisseau, l'hémorrhagie aurait pu devenir mortelle. Je me décidai donc à ramener l'immobilité par l'administration d'une nouvelle dose de chloroforme. Comme la première fois, je tins moi-même la compresse sous le nez de l'opéré. Au bout de quelques aspirations, les contractions musculaires devinrent moins fortes; un aide put remettre le doigt dans la plaie et arrêter le sang en comprimant la veine béante, et lorsque enfin le sommeil fut revenu, je pus procéder à la ligature de la veine.

J'aperçus aisément, dans la partie profonde et inférieure de la plaie, l'orifice de ce vaisseau, que je saisis avec une pince; mais ma pince n'ayant saisi que l'un des bords de la veine, qui était plus grosse qu'une plume à écrire, la traction que j'exerçai pour donner prise à la ligature, rendit l'ouverture béante. Or cette région est une de celles où les chirurgiens craignent l'introduction de l'air dans les veines. Je me hâtai donc de lâcher prise en disant à l'aide : Gare l'air ! — Il mit aussitôt le doigt sur l'ouverture de la veine, et lorsque, sur un signe que je lui fis, il ôta son doigt, je pus, avec une grosse pince, saisir d'un seul coup tout le vaisseau, sur lequel une ligature fut ensuite pratiquée sans difficulté.

Le jeune homme respirait bien, le pouls était toujours bon, le sang ne coulait plus; j'épongeai la région du cou, et je me disposai à faire le pansement, tout en disant aux élèves combien j'avais craint que l'air s'introduisît dans les veines; plusieurs minutes s'étaient déjà écoulées depuis que l'inhalation du chloroforme avait été suspendue, lorsque tout à coup l'aide que j'avais chargé d'explorer le pouls, et qui avait tenu constamment le doigt sur l'artère radiale, s'écria que les battements venaient de

s'arrêter subitement. La respiration, pourtant, continuait encore : nous eûmes recours immédiatement à tous les moyens excitants usités en pareil cas : flagellations, eau froide projetée sur le visage, frictions sur les membres. Ce fut en vain ; la respiration se ralentit et s'arrêta au bout de quelques instants. Nous pratiquâmes la respiration artificielle à l'aide de pressions alternant avec des insufflations bouche à bouche, puis avec des insufflations au travers d'un tube introduit dans le larynx. Pendant ce temps, on préparait une pile qu'on avait dû aller emprunter dans un service de médecine. La galvanisation du diaphragme produisit des inspirations assez étendues ; à plusieurs reprises le corps parut se ranimer ; il y eut même quelques inspirations spontanées qui nous donnèrent un peu d'espoir, mais peu à peu les muscles respirateurs perdirent leur force, et après avoir maintenu pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle, j'eus la douleur de constater que la mort était définitive. Il s'était écoulé environ trois quarts d'heure depuis que le pouls radial avait cessé de battre.

Les phénomènes que je viens de décrire me parurent devoir être attribués à l'introduction de l'air dans les veines plutôt qu'à l'action du chloroforme. J'étais peut-être influencé, dans cette appréciation, par le souvenir de l'émotion que j'avais éprouvée en voyant une grosse veine devenir largement béante au fond d'une plaie du cou. Mais ce qui me portait surtout à admettre ce diagnostic, c'était la circonstance que les accidents s'étaient produits tout à coup, plusieurs minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, à un moment où tout paraissait rentré dans l'ordre. J'inscrivis donc sur la feuille du décès, comme cause probable de la mort : « Introduction de l'air dans les veines pendant une opération pratiquée sur la région cervicale. »

Mais cette opinion fut réfutée par les résultats de l'autopsie. Le cœur ne renfermait pas de sang spumeux ; il n'y en avait pas davantage dans les divisions de l'artère pulmonaire. Il n'y avait de caillot, ni dans le cœur droit, ni dans le cœur gauche.

Dès lors, je dus renoncer à ma première explication, et inscrire comme cause de la mort, sur la feuille de statistique, l'inhalation du chloroforme.

L'examen du cœur montra que la valvule mitrale était le siége d'un épaississement notable ; elle ne paraissait cependant pas insuffisante.

Le lendemain de la mort de cet opéré, la religieuse de la salle m'apprit qu'il était sujet à des attaques de défaillance qui lui faisaient perdre tout à coup connaissance, et qui étaient probablement des syncopes. Il avait eu une de ces attaques dans l'hôpital, pendant les dix jours qui précédèrent l'opération. Il

se promenait tranquillement dans le jardin, lorsqu'il se sentit faillir tout à coup; il saisit le bras d'un voisin, mais il ne put garder l'équilibre, et s'affaissa en perdant connaissance. Ce détail ne me fut malheureusement pas indiqué. Si je l'avais connu, je n'aurais pas eu recours à l'emploi du chloroforme. J'appris en outre que l'opéré, quoïque âgé seulement de dix-sept ans, avait déjà des habitudes alcooliques, et cette circonstance expliquait sans doute l'excitation excessive qu'avait produite l'inhalation de l'agent anesthésique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Nécrose du frontal.

M. le Dr **Wolfe,** d'Aberdeen (Ecosse), présente une pièce et remet la note suivante :

Une femme, âgée de 78 ans, était sujette à des attaques d'épilepsie depuis dix ans, survenues à la suite d'une chute faite d'une grande hauteur. Sa santé, avant cette époque, était excellente. Au jour de l'an 1865, elle est tombée dans un feu de charbon; personne ne se trouvant dans l'appartement, elle n'a été retirée qu'un certain temps après par sa fille, qui l'a trouvée la tête complétement environnée de braise. On l'a crue morte, et la figure, ainsi que le crâne paraissaient entièrement carbonisés. Les paupières, les joues, les oreilles, la langue même, qui était pendante en dehors, étaient noires et sèches. Les dents étaient tombées ; elles avaient la même couleur noire.

On constatait, avec les désordres précédents, que le pouls était imperceptible, la respiration à peine marquée, et parfois légèrement stertoreuse. Elle est restée dans cet état constant pendant cinq jours. Le sixième, quelques mouvements se sont manifestés, et la sensibilité s'est réveillée peu à peu. Vers le douzième jour, la paralysie de la vessie et du rectum a cessé. Bientôt elle a pu avaler du lait.

Le dix-huitième jour, les eschares ont commencé à se détacher; les paupières, d'abord, puis les globes des yeux eux-mêmes sont tombés. A partir de ce moment, la suppuration est devenue considérable, mais l'état général s'est amélioré, et, sauf les désordres locaux, l'amélioration a été toujours croissant.

7 mai. Les os propres du nez, l'os planum de l'ethmoïde se sont détachés.

25 juin. La table externe de tout le frontal, y compris les arcades orbitaires ainsi que l'épine nasale, s'est également détachée.

Dès lors, la santé générale est devenue très-bonne, et cette

femme s'est trouvée radicalement guérie des attaques d'épilepsie, auxquelles elle était sujette avant son accident.

Elle a succombé, à la suite d'un catarrhe pulmonaire, le 21 mars de l'année suivante, c'est-à-dire plus de quinze mois après sa brûlure.

M. **Laborie**. A la suite d'une brûlure, j'ai également observé une nécrose de la moitié antérieure de la calotte crânienne, mais le malade a quitté mon service avant que j'aie pu recueillir la pièce pathologique.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, et à l'issue de cette délibération, M. le Président déclare que la Société de chirurgie reprendra ses séances le 16 octobre prochain.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

— Un travail de M. le docteur Simyan, chirurgien de l'hôpital de Cluny, « sur le tétanos traumatique. » (Commission : MM. Desprès et Marjolin.)

— Observation de xiphopage considérée au point de vue des manœuvres obstétricales, par le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine à Brest. (Commission : MM. Tillaux, Broca, Tarnier, rapporteur.)

— Kyste multiloculaire de l'ovaire à marche rapide, ovariotomie, mort imminente par tympanite, création d'un anus contre nature ; guérison ; autoplastie, par M. le docteur Du-

mesnil, professeur à l'Ecole secondaire de Rouen. (Commission : MM. Laborie, Boinet, Guérin, rapporteur.)

— M. Gretti, chirurgien en chef du grand hôpital de Milan, envoie deux travaux manuscrits : 1° Nouveau procédé de résection intra-buccale et sous-périostique de la mâchoire inférieure; 2° Nouvelle méthode d'amputation de la cuisse, appelée amputation du fémur aux condyles avec lambeau rotulien. (Commission : MM. Perrin, Trélat, Labbé, rapporteur.)

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux périodiques : — Gazette des Hôpitaux. — Union médicale. — Gazette hebdomadaire. — Archives générales de médecine, septembre et octobre 1867. — Bulletin de thérapeutique. — Gazette médicale de Strasbourg. — Montpellier médical. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Revue médicale de Toulouse. — Bulletin de la Société médicale de Reims, années 1866-1867. — Union médicale de la Provence. — Journal de médecine de l'Ouest, publié par la Société académique de Nantes. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers, 1866. — Bulletin de la Société de médecine de Marseille. — L'art dentaire.

Travaux originaux : — Contribution à l'histoire de la résection totale du poignet, nouveau procédé opératoire, par M. Eugène Bœckel. Strasbourg, 1867.

— Traité de thérapeutique de la coxalgie, par le docteur Philipeaux (de Lyon). Paris, 1867.

— De la maladie charbonneuse de l'homme ; causes, variétés, diagnostic, traitement, par le docteur J. Guipon, médecin en chef des hôpitaux de Laon. Paris, 1867.

— De l'impaludisme, par le docteur Duboué (de Pau). Paris, 1867.

— Sur la prétendue dégénérescence de la population française. Deux discours, par M. Paul Broca.

— Rapport sur le service sanitaire de l'armée prussienne pendant la guerre de 1866 contre les Saxo-Autrichiens, par M. le docteur Heyfelder.

— Le bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricot-plâtré, par le docteur Van de Loo. Bruxelles, 1867.

— Du chondrome, par M. le docteur Heurtaux (de Nantes). Extrait du « Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. »

— Discours prononcé au Congrès médical international de Paris les 20 et 21 août 1867, sur l'influence du climat, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées, par le docteur Francisco de Cortejarena, chef de clinique à Madrid.

— Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes? Réponse à la troisième question posée par le Congrès médical international de 1867, par M. le docteur Rollet (de Lyon).

— Histoire des instruments de chirurgie trouvés à Herculanum et à Pompéi. Brochure avec planches, par M. le docteur Scoutteten (de Metz).

— Note sur la trépanation chez les Arabes, par M. Larrey, avec planches dessinées par M. le docteur Am. Paris.

— Lehrbuch der chirurgie, quatrième volume, par le professeur Carl Emmert (de Bern). Stuttgart, 1863.

— Ophthalmiatrische Beobachtungen, par le docteur Albert Mooren (de Düsseldorf). Berlin, 1867.

M. Gherini (de Milan), membre correspondant, adresse la note suivante :

Nœvus maternus lipomatodes, lipomatosis hœmatodes congenita, lipoma congenitum diffusum ?

Béatrice D.... naquit de parents sains, avec l'extrémité inférieure gauche plus développée que l'autre. La peau offrait une rougeur diffuse avec des taches bleuâtres assez circonscrites. Le pied droit était aussi un peu plus gros que l'ordinaire.

L'accroissement de l'extrémité gauche ne marchait pas en proportion avec le restant du corps ; mais elle grossissait avec une étonnante rapidité.

La petite tétait, dormait, pleurait presque toujours, de manière qu'on pouvait dire qu'elle souffrait beaucoup et continuellement.

Elle se tenait debout, marchait, jouait et arriva à l'âge de trois ans, quand, tout d'un coup, criant avec la main au cœur, elle mourut en peu de minutes.

On n'a pas fait l'autopsie, parce que l'accident arriva à la campagne.

MM. Vanzetti, Duboué et Thomas (de Closmadeuc) assistent à la séance.

M. le **Président.** J'ai le regret d'informer la Société que, depuis notre dernière réunion, nous avons été douloureusement éprouvés en perdant successivement deux de nos membres : M. Velpeau et M. Foucher.

M. **Trélat**, sur l'invitation de M. le président, donne lec-

ture du discours suivant qu'il a prononcé sur la tombe de M. Foucher, au nom de la Société de chirurgie.

C'est au nom de la Société de chirurgie que je viens rendre un dernier et douloureux hommage à notre pauvre ami Foucher.

Permettez cependant, Messieurs, qu'au lieu du collègue remplissant un devoir officiel, ce soit plutôt l'ami qui parle au nom de ses souvenirs. Il y a de longues années que nous marchions côte à côte dans le même sillon, poursuivant le même but, et jamais la lutte ne nous avait séparés. L'un et l'autre nous pensions que l'amitié fondée sur l'estime doit être supérieure à toutes les rivalités et doit leur survivre.

Emile Foucher était un caractère loyal, une intelligence sûre, un cœur simple et dévoué, une âme fortement trempée. Ses débuts avaient été rudes, mais, sorti vainqueur de ses premiers combats, il s'était mieux affermi pour l'avenir.

A vingt ans, il avait entrepris seul de parcourir notre difficile carrière. Fils aîné d'une famille de dix enfants, doté par son père d'une solide instruction, il comprit généreusement qu'avec du travail et une énergique volonté il pourrait un jour être utile à tous les siens. Ces nobles sentiments le poussèrent à Paris, où longtemps il fut réduit à vivre des ressources précaires que lui procuraient des leçons de mathématiques.

Au bout de quatre années de cette vie laborieuse et pénible, il devenait externe, puis interne des hôpitaux. C'était le salut. Désormais, il allait pouvoir se livrer entièrement à l'étude et à l'enseignement de la médecine et, obéissant à ses goûts et à ses aptitudes, s'occuper surtout d'anatomie et de chirurgie.

Formé à l'école de maîtres éminents, le professeur Laugier et l'illustre Velpeau, dont la tombe est à peine fermée, Foucher était, avant la fin de son internat, nommé aide d'anatomie à la Faculté.

C'est alors que je le connus, que j'appris à l'estimer et à l'aimer. Je le vis devenir prosecteur à l'Ecole pratique. Nous fûmes nommés ensemble agrégés en chirurgie, et cette double nomination nous donna, je m'en souviens, une double part de joie.

Marié depuis un an à une jeune et charmante femme qu'il laisse abîmée de douleur, il allait atteindre au terme de ses concours. En 1858, il était chirurgien du Bureau central des hôpitaux, et bientôt la Société de chirurgie l'appelait dans son sein. Elle le nomma secrétaire en 1863, et la rédaction de nos Bulletins pour cette année atteste le soin consciencieux qu'il apportait dans l'exercice de ces fonctions délicates. Attentif, exact, ne parlant que pour éclairer une question, il parlait ra-

rement. Chacun de nous se rappelle cependant l'intérêt de ses communications sur divers points de notre science, sur les fistules vésico-vaginales, sur l'iridectomie, sur l'acupressure.

A la tête d'un grand service de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, où il était, en outre, chargé de la clinique ophthalmologique de la Faculté, auteur d'un grand nombre de travaux épars dans tous les recueils, travaux dont plusieurs font autorité, traducteur et annotateur de Warthon Jones, pour son « Traité des maladies des yeux, » mettant la dernière main à un « Traité de diagnostic chirurgical » dont la première partie a déjà été accueillie avec un légitime intérêt, membre de la Société de médecine et de la Société des sciences médicales de Paris, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de Rio-Janeiro, de la Société médicale de Lisbonne, de diverses Sociétés des départements, Foucher était en état de prétendre aux plus hautes positions de notre profession. Il touchait au sommet et pouvait mesurer avec orgueil l'immense chemin qu'il avait parcouru sans écart et sans défaillance.

Le temps des épreuves était passé. Parvenu lui-même à une position enviée, il avait pu tendre la main à ses frères cadets et leur aplanir la route. Désormais, il était tranquille de ce côté. Son foyer, trop longtemps habité par la maladie, avait vu partir cet hôte dangereux. M[me] Foucher avait recouvré la santé, grâce aux soins incessants et dévoués que lui avait prodigués son mari. Il allait enfin pouvoir récolter, après avoir si longtemps semé son travail et son courage.

Pauvre ami, tous ces labeurs, toute cette vaillance, tout allait s'évanouir d'un souffle. Vous alliez, vous aussi, grossir le nombre de ceux que nous pleurons. Que penser et que dire devant de pareils deuils, si imprévus et si subits ! Honneur, dignité, respect du devoir, amour du travail, élévation des sentiments, la mort ne tient compte de rien. Hier, elle nous enlevait Follin, elle vous ravit aujourd'hui. Vos tombes se touchent et sont arrosées des mêmes larmes. L'un et l'autre, à des titres divers, vous étiez des meilleurs, pleins d'espérance, d'avenir, de légitimes désirs. Aujourd'hui, plus rien que des souvenirs et des pleurs !

Le souvenir, votre récompense et notre seule consolation ! Qu'il soit doux à tous ceux que vous laissez dans la douleur, à ce jeune frère que vous avez formé de vos conseils et de votre travail, à cette famille qui perd en vous son second chef. Qu'ils soient fiers tous d'avoir vécu de votre vie et d'hériter de votre mémoire !

Cher ami, recevez ce suprême adieu qui s'échappe comme une plainte du fond de mon cœur.

COMMUNICATION.

M. Vanzetti. Je ne viens pas seulement aujourd'hui pour satisfaire aux sentiments d'estime et de respect que je porte à la Société, lui présenter, comme j'ai eu l'honneur de le faire plusieurs fois depuis l'année 1857, quelques observations de ma pratique chirurgicale ; mais je viens surtout, animé d'une profonde reconnaissance envers vous, Messieurs, vous remercier pour l'insigne honneur que vous avez daigné me faire l'année dernière, en me conférant, à la place de l'illustre Valentin Mott, le titre de membre associé étranger de cette Société, qui occupe la première place dans la chirurgie moderne.

Aussi, en prenant la parole, je ne trouve pas les expressions capables de rendre ce que mon cœur éprouve de satisfaction et de fierté. C'est un motif de plus pour moi, de chercher à me rendre digne du titre honorifique que vous m'avez conféré, en contribuant de mon mieux aux si utiles et si importants travaux de la Société.

Cette année donc, Messieurs, j'ai pensé à vous communiquer non-seulement des observations relatives au traitement des anévrysmes : mais je me suis fait un devoir d'en recueillir d'autres, et j'ai étendu ce choix à des affections chirurgicales qui, par leur rareté ou leur importance spéciale, m'ont paru pouvoir vous intéresser en méritant d'être portées à votre connaissance.

Ne voulant point abuser de votre bienveillante attention, ni accaparer une trop grande partie de cette séance, au détriment d'autres collègues, je me bornerai à ne vous communiquer aujourd'hui que quatre observations d'anévrysmes, me réservant dans nos plus prochaines réunions de vous faire connaître : 1° l'observation d'une maladie très-rare de la peau du scrotum, qu'on pourrait dénommer *pierreuse ;* 2° la relation d'une opération dont je ne connais que fort peu d'exemples ; 3° trois observations, où la compression digitale a été employée avec succès pour diverses maladies autres que des anévrysmes, à l'occasion desquelles j'appellerai tout particulièrement l'attention et la critique de la Société; 4° deux cas de résection du genou ; 5° trois observations d'ovariotomie.

Parmi les observations d'anévrysmes, que je vais vous faire connaître, la quatrième seulement (sera publiée) a été recueillie à ma clinique. La première m'a été communiquée par le Dr Vecelli, anciennement mon interne, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital de Treviso; la seconde, par le Dr Vigna, un des chirurgiens du grand hôpital de Venise, la troisième, par le Dr Franzolini, jadis un de mes meilleurs élèves, actuellement chirurgien de l'hôpital de Sacèle. Je saisirai cette occasion pour remercier vivement ces honorables praticiens de leur obligeance et les féliciter de leurs succès.

Observation I. — **Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. — Compression digitale. — Guérison en trente minutes. — (Hôpital de Treviso. Dr Vecelli.)**

P..., Antoine, âgé de quarante-quatre ans, paysan de la province de Treviso, fut reçu dans la division chirurgicale de l'hôpital de cette ville, le 13 novembre 1865.

Un mois et demi auparavant, cet homme, en coupant du pain avec une serpe, se fit une blessure assez profonde et longue de deux centimètres à la paume de la main, entre les éminences thénar et hypo-thénar, à trois centimètres du premier pli cutané du carpe. Voyant jaillir le sang en abondance et par jet saccadé, il s'adressa de suite au médecin de la localité. Celui-ci appliqua sur la blessure un tampon solide et le maintint en place avec un bandage assez serré. Le cinquième jour, le pansement fut enlevé, la plaie était cicatrisée.

Au bout de douze jours, le paysan s'étant remis à ses travaux habituels, s'aperçut qu'une saillie agitée par des battements, s'était formée au milieu de la cicatrice. Il continua cependant à se servir de sa main quoiqu'elle fût le siége de douleurs, mais en évitant de presser sur la tumeur. Un peu plus tard, il remarqua qu'elle avait notablement augmenté de volume ; et la voyant toujours s'accroître, il pensa alors à réappliquer le bandage primitif, en le serrant davantage, dans l'espoir de faire par là disparaître sa tumeur. Au bout de quatre jours, l'ayant ôté, il reconnut que non-seulement la tumeur n'avait pas disparu, mais qu'à son sommet, il s'était formé une tache noire. Effrayé, il se rendit à l'hôpital de Treviso, où il fut reçu vers le soir.

Ayant examiné la main malade, je n'eus pas de peine à reconnaître un anévrysme, résultant de la blessure faite à l'arcade palmaire superficielle, avec cette particularité d'une petite tache ecchymotique à son sommet, résultant de la forte compression que le malade avait exercée sur la tumeur par son bandage. La

tumeur présentait tous les signes classiques de l'anévrysme, était réductible et égalait environ la grosseur d'une noix, un peu pointue.

Pouvant disposer d'une demi-heure, j'essayai de suite la compression digitale de l'humérale. Je l'exécutai seul, sans même m'inquiéter qu'elle fût rigoureusement continue. Une demi-heure ne s'était pas écoulée, que je cessai cette compression, et examinant la tumeur, je la trouvai sans pulsations, sans souffle, et déjà solidifiée.

Très-satisfait de ce résultat, je continuai néanmoins la compression encore pendant quinze minutes, pour assurer davantage la solidification; puis, je plaçai le bras dans une simple écharpe, en ordonnant aux infirmiers de surveiller les mouvements du malade pendant son sommeil.

Après sept jours, la tumeur était devenue tout à fait solide, on permit au malade de retourner chez lui, en lui enjoignant de ne pas se servir de son bras et de revenir dans un mois. — Revenu à l'époque prescrite, on trouva la tumeur très-solide, et réduite à la moitié de son volume primitif. La guérison s'est maintenue.

Observation II. — **Anévrysme de l'artère fémorale. — Compression digitale. — Guérison en moins de dix heures. — (Hôpital de Venise. Dr Vigna.)**

J.-B. P... (de Venise), maçon, âgé de 44 ans, se fait recevoir à l'hôpital de cette ville, le 17 septembre 1866, pour une tumeur qui faisait saillie au côté interne de sa cuisse droite.

Le malade est de constitution robuste ; il n'a pas eu de syphilis; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur à la cuisse droite : petite au commencement, elle augmenta progressivement de volume. La tumeur lui causant depuis quelques jours de la douleur et l'empêchant de travailler, le malade entre à l'hôpital.

Cette tumeur est située immédiatement au-dessus du passage de l'artère fémorale dans l'anneau du troisième adducteur : elle fait une saillie très-visible au côté interne de la cuisse ; sa forme est ovoïde, son diamètre longitudinal est de quinze centimètres, le transversal de neuf centimètres. On aperçoit de loin ses mouvements d'expansion et d'abaissement, qui cessent dès que l'on comprime l'artère à l'aine : la peau qui la recouvre est un peu rouge, sa température exagérée : le souffle anévrysmatique est très-manifeste ; sur le côté interne de la cuisse on aperçoit des veines un peu turgides.

Pendant deux jours on tient le malade au lit, en observation; le troisième, on commence la compression digitale à huit heures et demie du matin. Cette compression a lieu sur le pubis, complète et continue, pratiquée par deux jeunes médecins, par quatre élèves et quelques infirmiers de la salle. — A quatre heures de l'après-midi, les pulsations de la tumeur et le souffle étaient plus faibles; à cinq heures à peine perceptibles; à six heures, ils avaient cessé completement, pour ne plus reparaître. — Pendant les deux premières heures, le malade éprouva à la cuisse une sensation d'engourdissement, et des fourmillements au pied. La couleur un peu rouge de la peau qui recouvrait la tumeur disparut le même jour; sa température resta pendant quelques jours supérieure à celle du membre sain. Vingt-huit jours après, le diamètre longitudinal de la tumeur était réduit à six centimètres, et le diamètre transversal à cinq centimètres. Au bout d'un mois le malade reprit ses occupations habituelles, et le 23 août 1867, je l'ai revu en parfaite santé: il ne reste à la place de l'anévrysme qu'un noyau dur et indolent, gros comme une petite noix.

Observation III. — **Anévrysme artério-veineux au pli du bras. — Compression digitale indirecte de l'humérale, directe de la veine basilique. — Guérison le soixantième jour. (Hôpital de Sacèle. M. Franzolini.)**

J. M...., paysan, 33 ans, habitant aux environs de Sacèle, a été saigné à la basilique du bras gauche, le 25 juin 1865. Pour arrêter le sang, on avait été obligé d'employer une compresse beaucoup plus épaisse qu'à l'ordinaire et de serrer le bras très-fortement. — Le 3 juillet, il se fit recevoir à l'hôpital de Sacèle pour des douleurs et des pulsations qu'il ressentait dans le bras.

A mon examen, j'ai trouvé au pli du coude, à l'endroit de la cicatrice de la saignée, un anévrysme artério-veineux, profond, saillant, ayant le volume d'une noix; il existait, très-accentués, les symptômes suivants : le susurrus pathognomonique continu-rémittent, cessant en comprimant la veine à l'endroit de la cicatrice; le souffle anévrysmatique intermittent; la cessation de tout bruit et du frémissement, aussitôt que l'on comprime l'humérale.

J'ai entrepris de suite la cure de cet anévrysme, de concert avec le Dr Jabbroni, mon collègue, par la compression digitale et simultanée de l'artère humérale et de la veine basilique d'après la méthode du professeur Vanzetti (de Padoue).

Après avoir fait la compression pendant 24 heures, nous nous adjoignîmes, pour ce long traitement, le pharmacien, un infir-

mier, un convalescent de l'hôpital, ainsi qu'un frère, un beau-frère et un neveu du malade : ces personnes apprirent vite et convenablement à faire la compression.

4 juillet, soir. (36 heures de compression aussi continue que possible.) Le thrill est beaucoup moins fort, les battements et le souffle persistent au même degré.

5 juillet, soir. (60 heures de compression.) Le thrill a complétement cessé ; les battements et le souffle continuent. — L'anévrysme est réduit à l'état d'anévrysme artériel simple.

6 juillet, matin. (74 heures de compression.) Mêmes symptômes. — On cesse la compression continue de l'artère, pour ne la faire, pendant plusieurs heures de la journée, qu'intermittente.

7, 8, 9, 10, 11 juillet. On fait de 6 à 8 heures de compression : les battements et le souffle continuent toujours.

12 juillet. On croit sentir de nouveau un faible thrill, et l'on reprend de suite, pendant 24 heures, la simple compression continue.

13 juillet. Le thrill a cessé de nouveau, pour ne plus reparaître : les battements et le souffle, quoique à un plus faible degré, continuent toujours.

14 juillet. Le malade se trouvant bien, ne souffrant pas, voyant que la compression pouvait lui être faite aussi bien chez lui, par ses parents, quitta l'hôpital.

16 juillet. La tumeur a sensiblement augmenté de volume depuis ces deux jours, et le malade vient se faire voir à la consultation. — Ne voulant rentrer à aucun prix à l'hôpital, je l'exhorte à faire exercer la compression plus assidûment, et je me propose d'aller le voir souvent.

14 août. L'anévrysme a augmenté de volume, quoique la compression ait été faite de six à huit heures par jour (au dire du malade). La tumeur est grosse comme un œuf de poule, mais elle ne présente point de symptômes alarmants ; les téguments conservent leur aspect normal, les parois de l'anévrysme sont d'une épaisseur égale et considérable, le malade se promène avec son bras en écharpe. Il persiste à ne pas vouloir rentrer à l'hôpital et promet de se faire comprimer dorénavant l'artère pendant toute la journée.

17 août. J'ai le plaisir de trouver que les battements et le souffle ont complétement cessé. — Je recommande au malade de se tenir tranquille et de ne faire aucun mouvement avec son bras.

18 août. Les battements et le souffle ont reparu malheureusement. On continue le traitement.

3 septembre. On fait la compression tous les jours pendant huit à dix heures ; aujourd'hui la solidification de la tumeur est complète.

3 octobre. La tumeur, désormais très-dure, est réduite au volume d'un œuf de pigeon : le malade commence à se servir de son bras, qu'il sent très-affaibli.

3 novembre. — Le malade a dejà repris les travaux des champs.

Le 14 août 1864, je saisis l'occasion de la présence ici du professeur Vanzetti pour lui montrer ce paysan. Nous sentons au pli du bras, au-dessous de la veine basilique, une tumeur grosse à peine comme un petit pois, extrêmement dure, indolente, et lorsqu'on exerce une certaine pression dessus, on fait très-bien cesser les battements artériels de la radiale.

Anévrysme diffus de la carotide droite — Ligature de l'artère à la racine du cou — Mort le septième jour.

Les annales de la chirurgie ont enregistré quelques cas, excessivement rares, il est vrai, de guérisons spontanées ou obtenues par la méthode de Valsalva, d'anévrysmes de la carotide.

J'ai moi-même eu l'occasion de voir dernièrement un cas d'anévrysme de la carotide droite qui a été guéri jadis par cette méthode.

Un individu étant de passage à Padoue, s'est présenté à moi le 24 août dernier, pour me consulter sur une enflure aux jambes. L'ayant interrogé sur ses maladies antérieures, il me dit entre autres choses, qu'à l'âge de 33 ans il avait eu un anévrysme au cou et qu'heureusement il en avait guéri sans se soumettre à l'opération qu'on voulait lui faire.

Surpris de ce qu'il m'affirmait, je le priai de me faire une narration aussi exacte que possible des causes, des symptômes, des progrès de son anévrysme et des particularités de sa guérison.

« Je me nomme, dit-il, Antoine M..... j'ai 66 ans, natif du Tyrol : mon état, pendant plus de 30 ans, a été celui de charcutier. Chaque année, je quittais ma maison pour me rendre à Ferrare au service de bon nombre de familles de cette ville. Un jour, en déchargeant, sur mon dos, un cochon d'un chariot, je fis avec la tête un très-grand effort pour le rejeter en arrière ; qnelques jours après je fis un nouvel et semblable effort alors que je portais sur la nuque un gros billot pour hacher la viande. C'est à ces efforts que j'ai attribué l'origine de mon mal, car deux ou trois jours après, je sentis une douleur en haut du

cou, du côté droit, et en y portant la main, j'y ai trouvé une tumeur du volume d'une noisette. Je me rendis alors chez le Dr Guerra (dont je servais la maison), pour le consulter. Le docteur s'effraya à la vue de cette tumeur, et s'oublia au point de me dire qu'il craignait que je ne fisse plus de saucissons pour lui. Ces paroles m'affligèrent au point qu'en le quittant je me mis à pleurer.

J'ai alors consulté le Dr Malago, professeur de chirurgie : celui-ci me fit entrer immédiatement à sa clinique, où il eut une première consultation près de mon lit avec plusieurs autres professeurs ; puis deux autres encore, en présence des élèves, et l'on me déclara qu'il fallait me faire une opération au cou pour guérir de ma maladie, qui était un anévrysme. — Ma tumeur battait visiblement, elle était déjà grande comme un œuf de poule, me causait des élancements très-douloureux à la tête et à l'oreille qui m'empêchaient de dormir ; j'éprouvais souvent des vertiges et mal au cœur. Cependant je n'ai pas consenti à me faire opérer ; et, après trois semaines de séjour à la clinique, je suis parti de Ferrare pour retourner chez moi, à Balbeno, en Tyrol. En passant par Vérone, je consultai encore les Drs Mansoni, Parise et Calza, qui tous confirmèrent que ma tumeur était un anévrysme. — Rentré chez moi, mon médecin, le Dr Solizzoli, me fit rester au lit continuellement pendant onze mois et m'obligea à ne manger qu'un petit pain par jour dans un peu de bouillon, et cela en trois fois. J'ai supporté avec résignation les tourments de la faim, je devins excessivement maigre (*pelle et ossa*) ; mais au bout de 9 mois ma tumeur avait cessé de battre ; elle était déjà devenue beaucoup plus petite et elle finit par disparaître complétement. — Après ma guérison, ayant repris comme auparavant mes occupations d'hiver à Ferrare, j'allai voir naturellement le professeur Malago : il fut si surpris et si content de me voir guéri sans opération qu'il voulut que je dînasse avec lui. »

Les détails de ce récit sont tels qu'on ne peut pas douter, je crois, que cet homme n'ait eu un anévrysme de la carotide, lequel se serait guéri par la méthode de Valsalva. En examinant son cou, je n'y ai trouvé aucun vestige de la tumeur : j'ai cru remarquer seulement des pulsations plus fortes à la carotide

droite qu'à celle du côté opposé : la temporale battait de deux côtés également.

Les cas de guérison spontanée ou due à la méthode de Valsalva ne sont pourtant que des exceptions excessivement rares, sur lesquelles il serait très-dangereux de compter. Dès que l'anévrysme se manifeste, il faut donc essayer de le guérir par la compression digitale de la carotide, en l'exerçant, soit continue, soit intermittente, selon les circonstances, avec autant de persévérance que d'espoir de succès. La littérature chirurgicale possède maintenant les observations de deux cas d'anévrysmes des ramifications de la carotide, nommément de l'artère ophthalmique, guéris, l'un à la Clinique oculistique de Padoue (1), l'autre à l'hôpital de Vérone (2), par la compression digitale intermittente de ce vaisseau : elle possède en outre l'observation, encore plus intéressante, publiée en 1864 par le Dr Sheppart, de Worcester (3), d'un anévrysme de la bifurcation de la carotide droite, grand comme un petit œuf de poule, et guéri dans l'hôpital de cette ville au moyen de la compression digitale intermittente, exercée par le malade lui-même. — En négligeant d'entreprendre au plus tôt la compression digitale, le malade est exposé au danger de voir sa tumeur augmenter très-rapidement, au point de rendre bientôt impossible, non-seulement la compression, mais la ligature elle-même, ou d'obliger le chirurgien de faire cette dernière à la racine du cou, région où l'artère est plus profonde, l'opération plus difficile et beaucoup plus dangereuse.

L'observation suivante offre un exemple d'anévrysme situé à la bifurcation de la carotide droite, datant de trois mois seulement, qui, devenu rapidement diffus, avait déjà envahi presque tout ce côté du cou, rendant ainsi la compression digitale im-

---

(1) Gioppi : Aneurisma dell' Ottalmica, guarito colla compressione digitale della carotide *(Giornale d'Ottalmologia)*. — Italiano, Torino, 1858.

(2) Vanzetti : Secondo caso di aneurisma dell' arteria ottalmica guarito colla compressione digitale e cenni pratici intorno a questo metodo di curare gli aneurismi. — Padova. 1858.

(3) *Medical Times*, 19 décembre 1863. — *France Médicale*, 30 mars 1864. — *Gazetta Medica di Padova*, 1864, p. 168.

possible, et nous obligeant à faire la ligature du vaisseau près de la sous-clavière.

J. G......., paysan de la province de Vicence, âgé de 60 ans, fut reçu d'urgence dans ma clinique, le 9 mai 1865, pour un anévrysme situé au côté droit du cou. — L'état dans lequel se trouvait ce malade, l'empêchait de s'exprimer d'une manière claire : voici pourtant ce que nous avons pu recueillir sur l'origine et les progrès de son mal :

Trois mois auparavant, il avait ressenti une douleur au côté droit du cou, et, y ayant porté la main, il y découvrit une tumeur animée de battements.

Le volume de la tumeur, ainsi que les douleurs augmentèrent progressivement ; les dernières retentissaient dans l'oreille, où il sentait, disait-il, comme *des coups de marteau*. Plus tard, il survint de la raucité de la voix, une irritation pharyngienne qui l'obligeait à toussoter continuellement. Son état empirant rapidement, il fut conduit à la clinique. A sa réception, nous trouvâmes le côté droit de son cou saillant, à cause d'une tuméfaction très-considérable, dont les pulsations étaient visibles de loin, avec bruit de râpe, isochrone aux battements artériels. Les limites de la tumeur étaient mal définies; elle s'étendait transversalement des apophyses épineuses cervicales au larynx qu'elle déjetait au côté opposé, et verticalement du bord inférieur de la mâchoire et du méat auditif jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la clavicule. La température de la tumeur est supérieure à celle des autres parties du corps, la couleur des téguments un peu rosée à son sommet. Pouls 80; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux ; céphalalgie intense, assoupissement continuel avec les paupières entr'ouvertes ; la pupille droite plus étroite que celle de gauche : intelligence intacte. — Fomentations glacées à la tête.

Le lendemain de son entrée (11 mai), le malade délire, il veut sortir de son lit : la tumeur est augmentée de volume, elle est devenue plus chaude, rouge et luisante dans sa partie la plus proéminente.

En présence d'un état si grave, nous nous décidâmes à faire la ligature de la carotide, quelque peu favorable qu'en fût le pronostic, surtout à cause de l'altération des fonctions cérébrales. L'étendue de la tumeur ne permettait aucunement de faire même un essai avec la compression digitale. L'axe longitudinal de la tumeur étant un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, il restait au côté interne de la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien un espace où l'on pourrait parvenir à l'artère, sans s'exposer à blesser les limites inférieures de la tumeur. L'anévrysme même ayant soulevé, dans son accroisse-

ment progressif, le sterno-mastoïdien, l'extrémité de ce muscle, à son insertion sternale, était tendue et soulevée sous forme d'un cordon saillant.

L'opération est faite le 11 mai, à 11 heures. Ayant placé sous le cou du malade un coussin cylindrique, et penché sa tête en arrière autant que le gonflement des parties le permettait, je fis une incision de cinq à six centimètres de long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, dépassant en bas un peu son insertion sternale, puis une autre de la même longueur le long du bord supérieur de la clavicule (1), formant ainsi un lambeau interne triangulaire.

Après avoir disséqué ce lambeau, je coupai transversalement de dehors en dedans le sterno-mastoïdien près de son insertion sternale. Ayant fait relever le lambeau de la peau et le bout inférieur du muscle, il se présenta une membrane celluleuse : en la sectionnant transversalement avec prudence, je mis à découvert une grosse veine qui descendait obliquement en dehors (probablement la jugulaire antérieure), que je coupai après l'avoir étreinte entre deux ligatures ; je continuai à disséquer ce fascia celluleux pour parvenir aux muscles sterno-hyodien et sterno-thyroïdien, qui furent coupés transversalement. Je me trouvai alors en présence d'une seconde lame fibro-celluleuse, l'aponévrose profonde du cou; l'ayant coupée avec précaution, je vis paraître alors, sous l'aspect d'un cordon blanchâtre, la carotide, dont j'explorai les pulsations avec le bout du doigt. J'isolai l'artère de sa gaîne dans une très-petite portion; puis, avec une aiguille de Cooper armée d'un double fil à ligature, je l'introduisis sous l'artère de *dedans en dehors,* sans trop craindre la blessure de la jugulaire qui, au côté droit du cou et à ce niveau, s'écarte de la direction de l'artère, contrairement à ce qui a lieu du côté gauche.

Le fil passé sous l'artère, elle est fortement étreinte par un double nœud, dont un des chefs est coupé. Au moment de la striction, j'ai eu très-nettement la sensation de rupture de la membrane interne et moyenne du vaisseau sans remarquer aucun phénomène cérébral sur le malade. Les bords de la plaie furent réunis avec trois points de suture, un à la pointe du triangle, les deux autres sur chacun des côtés de l'incision. — L'opération ne fut entravée d'aucun accident; elle fut supportée très-bien par le malade, qui ne fut pas anesthésié. — Fomentations glacées sur la tête : linge sur la plaie imbibé d'infusion d'arnica.

(1) Comprenant la peau et le peaucier.

12 mai. Nuit assez tranquille, avec un peu de rêvasseries : le malade ne se plaint de rien ; physionomie naturelle, langue bonne, voix rauque, faible, comme avant l'opération. On a de la difficulté à comprendre le langage du malade, qui continue à toussoter et boit en ma présence tout un verre d'eau. La tumeur a visiblement diminué, elle est mieux circonscrite et comme divisée par un enfoncement longitudinal ; elle est moins rouge, moins luisante, et sa température presque normale, comme du reste celle de tout le corps. Dans la journée le malade á de la tendance à vouloir sortir du lit : au soir nous le trouvons plus éveillé et plus loquace, pouls 104, un peu plus fort.

13 mai. Délire placide intermittent pendant la nuit, avec saignement du nez en petite quantité : sa physionomie reste naturelle, température à peine exagérée, pouls 109, assez soutenu. interrogé, le malade se loue de son état, surtout de ne plus sentir dans la tête et l'oreille ces coups de marteau qui auparavant lui faisaient tant de mal. Il boit un verre de café au lait en ma présence, et pour dîner mange de la salade et de la polenta, qu'il a demandées lui-même. Vers le soir, chaleur un peu augmentée, avec sueurs générales, mouvements des bras et des jambes sans direction précise, déglutition un peu difficile. Lavement, poudre de Sedlitz.

14 mai. La nuit a été assez tranquille, le matin seulement un peu de rêvasseries : chaleur naturelle, physionomie bonne, intelligence intacte, l'appétit se maintient. La tumeur continue à se circonscrire en diminuant : la plaie est réunie par ses bords ; vers l'angle sternal il reste une petite ouverture donnant un peu de pus et par laquelle on fait des injections d'eau tiède qui sortent à côté du chef de la ligature.

16 mai. Délire pendant toute la nuit avec tendance continuelle à sortir du lit, ce qui oblige à maintenir le malade : au matin on trouve qu'il ne peut mouvoir son bras droit, n'exécutant plus que des mouvements de pronation et de supination avec l'avant-bras : il refuse toute nourriture ; cependant sa physionomie reste bonne, l'intelligence parfaite : interrogé, il dit se sentir très-bien. Une selle ordinaire. — On applique dix sangsues derrière l'oreille droite ; fomentations glacées à la tête.

17 mai. Nuit tranquille : le matin il a pris du bouillon avec plaisir. Dans la journée, assoupissement plus profond qu'à l'ordinaire, le malade cependant se réveille facilement et répond bien aux questions : pouls 103, vers le soir 117, faible : physionomie un peu altérée.

18 mai. Nuit passée dans un coma continuel et persistant. Interrogé ce matin, il répond encore assez bien. Extrémités froides, contractions spasmodiques superficielles du grand pectoral droit : pouls 112, petit et faible, respiration 40. Langue

déviée à droite. Le coma persiste toute la journée; à sept heures du soir l'intelligence s'affaisse, les réponses sont difficiles et fausses, facies pâle et décomposé, yeux entr'ouverts, caves, cornées ternes; râles trachéaux très-sonores. A sept heures et demie du soir, mort sans secousses.

A l'autopsie on trouva les méninges internes légèrement hypérémiées, la substance cérébrale un peu infiltrée de sérosité et ramollie à droite : pointillé très-marqué, le couteau entraînant de longues traînées de sang. Point de différence dans la vascularité et la couleur des deux hémisphères; peu de sérosité dans les ventricules latéraux; plexus choroïdaux gorgés de sang. Cœur flasque contenant de minces caillots fibrineux : valvules aortiques saines; dépôts athéromateux sur les parois des gros vaisseaux qui sont dilatés. La tumeur occupe tout le côté droit du cou, ses parois sont formées des tissus cellulaires, des muscules et des nerfs de la région, fondus ensemble et infiltrés de sang. Le sac anévrysmal volumineux et altéré s'était porté vers la colonne vertébrale et en bas, ayant repoussé devant lui les deux scalènes et les jugulaires, interceptant le passage du sang dans ces vaisseaux : la jugulaire profonde du côté opposé était par compensation très-dilatée. L'ouverture de l'anévrysme avait son siége immédiatement au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive et s'étendait même un peu dans la carotide interne : le diamètre de cette ouverture était à peine de six millimètres. Sa ligature examinée attentivement était prête à tomber et une très-légère traction suffit pour l'enlever : elle était située à un peu moins de deux centimètres de la sous-clavière. Un bouchon fibrineux très-adhérent remplissait complétement tout le bout inférieur de la carotide. Un caillot un peu moins adhérent obstruait le bout supérieur de cette artère et il était percé par un pertuis perméable à son centre. L'intérieur du sac est rempli de caillots sanguins, de formation récente vers la périphérie; ils deviennent fibrineux vers l'orifice artériel en se prolongeant en haut dans la carotide externe, en bas dans le gros tronc carotidien. L'innominée occupe sa position normale, mais elle est dilatée et athéromateuse.

Le rein droit était réduit au tiers de son volume normal, le gauche ayant conservé par contre presque ses dimensions ordinaires. Ils présentaient les caractères de la néphrite albumineuse chronique.

M. **Verneuil.** Je saisis cette occasion pour relater, en quelques mots, l'histoire d'un malade dont je donnerai l'observation complète. Il s'agit d'un anévrysme poplité observé chez un malade atteint de diabète.

Dans ce cas, la compression mécanique, quoique bien faite, n'a pas tardé à déterminer la formation d'eschares.

M. Verneuil se propose d'employer la compression digitale, mais il demande à ses collègues s'il faut d'abord s'occuper du diabète, ou bien passer outre pour traiter immédiatement l'anévrysme.

M. **Broca.** Le cas signalé par M. Verneuil me paraît grave.

Il ne semble pas qu'il y ait urgence à guérir l'anévrysme ; on pourrait essayer la compression digitale intermittente en même temps que l'on s'occuperait du traitement du diabète.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. **Marjolin** présente des pièces pathologiques et remet la note suivante :

Déchirure du rein gauche et de la rate. — Fracture de plusieurs côtes. — Hémorrhagie interne. — Mort.

Très-fréquemment, soit après une chute d'un lieu élevé ou une contusion violente de la poitrine ou de l'abdomen, on voit la mort survenir assez rapidement à la suite d'hémorrhagie interne, consécutive à la rupture d'un des organes contenus dans ces cavités. Le plus habituellement, ce sont les poumons, le foie, la rate ou un des gros troncs vasculaires artériels ou veineux qui sont lésés, mais très-rarement, je le crois, les reins sont atteints. C'est ce qui est arrivé dans le fait dont je vais vous entretenir, et l'examen de la pièce vous indiquera quelle violence il a fallu pour causer de semblables désordres.

Le 14 octobre, le jeune X..., âgé de 9 ans, grand, d'une bonne constitution, s'amusant à glisser le long de la rampe d'un escalier, tomba de la hauteur d'un quatrième ; dans sa chute, il rencontra un bec de gaz qu'il brisa. Pendant quelques instants, il perdit connaissance, mais, lorsque deux heures à peine après l'accident, il fut amené à Sainte-Eugénie, il avait entièrement recouvré connaissance et était dans une vive agitation.

Le visage était pâle, exprimant une excessive souffrance, les pupilles peu dilatées, les extrémités froides ; le pouls, à peine sensible à l'artère radiale, se sentait encore bien à l'artère crurale et était très-fréquent. Nulle part, sur le corps, on ne voyait de traces de contusions avec épanchement sanguin, nulle part il n'y avait d'emphysème. La nature de l'accident et l'état que je viens de décrire me firent penser que le pronostic était très-

grave, que, très-probablement, il existait une hémorrhagie interne et que le blessé ne tarderait pas à succomber ; c'est ce qui arriva : il y eut encore de l'agitation, quelques mouvements convulsifs et la mort survint au bout d'une heure environ.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après, nous fit connaître les lésions suivantes : à peine de traces d'ecchymoses sur le tronc, pas d'emphysème. Les poumons étaient intacts, seulement, du côté gauche, tout du long de la colonne vertébrale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, existait un épanchement de sang considérable, principalement au niveau de la septième, huitième, neuvième et dixième côte, qui étaient fracturées très-près du corps des vertèbres, sans déchirure de la plèvre.

Dans la cavité abdominale, il y avait du sang épanché, principalement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du côté gauche ; cet épanchement très-abondant, peu coagulé, suivait la direction du muscle iléo-lombaire.

La rate était contuse, déchirée ; presque toute la moitié supérieure du rein gauche était comme écrasée, et une portion assez considérable de cet organe en était complétement détachée.

La vessie contenait du sang, ce qui expliquait la cause de l'écoulement sanguin qui avait eu lieu par la verge quelques instants après la mort.

Le secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1867.

Présidence de M. Depaul.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine ;

— Le tome XXIe (première partie) des « Mémoires de l'Académie impériale de médecine ; »

— Le premier fascicule du tome II des « Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, » 1867 ;

— « Etudes sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux, » par M. le docteur Causil, interne des hôpitaux (pour le prix Duval) ;

— « De l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples, dans les opérations obstétricales et dans l'éclampsie des femmes en couches, » par le docteur Fredet, interne des hôpitaux.

Sur la proposition de M. Marjolin, la Société décide que le discours prononcé par M. Guyon sur la tombe de M. Velpeau sera inséré dans le bulletin. (Voir à la fin du volume.)

COMMUNICATION.

Nouveau procédé pour l'opération du phimosis.

M. **Panas** présente un malade qu'il a opéré il y a vingt jours. Il remet la note suivante :

Dans les divers procédés opératoires pour le phimosis, deux indications principales ont guidé les chirurgiens : 1° Retrancher une *égale quantité* de peau et de muqueuse ; 2° Exécuter l'opération le plus promptement possible, en un seul temps, si cela se peut.

Pour satisfaire à la première indication, de beaucoup la plus difficile, on a imaginé de tracer au préalable, à l'aide d'une raie d'encre, le chemin qui sera suivi par le couteau (Ricord). Mais le résultat ainsi obtenu est purement illusoire ; aussi se voit-on forcé presque toujours de fendre après coup la muqueuse pour la rabattre à la rencontre de la peau, coupée beaucoup plus en arrière qu'elle. Un moyen plus sûr pour arriver au but, consiste à passer à travers le prépuce un point de suture ; mais ce n'est pas chose facile que de glisser ainsi une aiguille entre le gland et le prépuce, sans que la pointe de cet instrument blesse l'un ou l'autre, et puis comment s'assurer que le point où l'on veut traverser le prépuce est placé à une distance convenable de la base du prépuce, ou, ce qui revient au même, le sillon glando-prépucial.

La pince fixatrice que nous avons imaginée remplit au contraire parfaitement ce but, et l'application en est très-facile. Une fois cet instrument placé, on saisit le prépuce à l'aide de la pince fenestrée que voici, passée sous la première, dans une direction oblique et parallèle à la base du gland. A l'aide d'une vis mobile à écrou, et placée au bout, on ramène les deux branches

de celle-ci au parallélisme. Le gland fuit alors en arrière comme un noyau de prune que l'on écrase entre deux doigts, se tasse, et l'excision du prépuce se fait en un seul temps. Si, au lieu de serfines pour la réunion, on veut se servir de la suture, nous avons fait faire une pince avec deux fenêtres, et alors après avoir passé les points de suture au préalable par les fenêtres les plus rapprochées de la racine de la verge, on fait l'excision en faisant courir le couteau dans la fenêtre supérieure de la pince.

Le lambeau enlevé a la forme d'un manchon en cône, à base oblique, représentée par la section, et il comprend rigoureusement une égale quantité de peau et de muqueuse.

Le parallélisme de la peau de la verge et de la partie restant de la muqueuse prépuciale est si parfait que l'affrontement se fait tout seul. Du côté du frein on excise une quantité suffisante de peau pour éviter ces bourrelets difformes que l'on obtient par d'autres procédés, sans aller pour cela trop en arrière; aussi les hémorrhagies par le rein de l'artère du frein sont plus rares avec ce procédé. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'aucun procédé ne donne une section plus nette et plus mathématiquement régulière.

M. **Trélat**. Il est indispensable de préciser dans quel état se trouvent exactement les individus que l'on opère pour un phimosis.

L'intervention chirurgicale est motivée soit par des maladies du prépuce, soit par un vice de conformation de cet organe. Un très-grand nombre d'instruments ont été imaginés pour faire l'opération du phimosis, la plupart de ces instruments, tout comme celui que nous présente M. Panas, cessent d'être applicables lorsque l'orifice du prépuce présente une étroitesse considérable.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation sus-malléolaire.

M. **Laborie**. Dans l'amputation sus-malléolaire, la guérison peut être considérée comme la règle, mais les résultats consécutifs de cette opération sont presque constamment mauvais. Déjà M. Voillemier a parfaitement démontré l'importance qu'il y a de conserver, dans le lambeau, la totalité du tendon d'Achille. J'ai, pour ma part, reconnu toute l'utilité de ce précepte. Je viens aujourd'hui soumettre à l'examen de la Société deux opérés; chez ces deux malades, l'amputation a été faite en conservant seulement un vaste lambeau postérieur. Chez l'un, la section a été pratiquée à la partie moyenne de la

jambe, l'aponévrose antérieure des jumeaux recouvrant la surface des os ; l'autre malade est un amputé sus-malléolaire. Vous pouvez constater que ces deux opérés ont un moignon bien conformé et qu'ils marchent facilement au moyen d'une simple bottine. Voici l'observation de l'amputé sus-malléolaire :

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. — Amputation sus-malléolaire à un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille.

M. L... est âgé de cinquante ans. Dans le cours de l'année 1865, en descendant un escalier, il se donna une entorse du pied droit. Quelques applications émollientes et le repos au lit suffirent pour tout faire disparaître.

Tout à coup, en 1866, sans cause apparente, l'articulation lésée dix mois avant devint le siége d'un gonflement douloureux, que les moyens employés l'année précédente ne purent dissiper. M. le professeur Jarjavay, consulté par le malade, diagnostiqua une tumeur blanche au début et fit mettre des vésicatoires autour de la cheville. Sous l'influence de ce traitement celle-ci reprit son volume normal. En même temps les douleurs disparurent et M. L... put, sans trop de gêne ni d'inquiétude, reprendre ses occupations ordinaires.

Ce répit fut malheureusement de courte durée. Moins de six mois après son séjour à Saint-Antoine, les accidents articulaires se reproduisirent, pour suivre, cette fois, une marche ascendante. Entré à Beaujon en novembre 1866, cet homme se vit appliquer successivement, sur la partie malade, deux vésicatoires, deux cautères, des raies de feu. Toute cette médication fut inutile. La peau devint rouge et mince ; on put sentir, au-dessous, une fluctuation bien caractérisée, et une incision donna passage à un pus grumeleux contenant, nous dit M. L..., quelques granules de poussière osseuse.

Voici donc une tumeur blanche qui, en moins de seize mois, en était arrivée à la suppuration.

Cela ne pouvait avoir lieu sans une détérioration de la santé générale. Et, en effet, celle-ci déclinait visiblement. L'amaigrissement, à cette époque, était très-prononcé; la fièvre était continuelle, avec exacerbations le soir ; enfin, une diarrhée colliquative tendait à s'établir de manière à épuiser le peu de forces qui restaient au malade. Heureusement les poumons et le cœur étaient parfaitement sains, et la cachexie ne tenait évidemment qu'à la maladie si avancée de l'articulation.

C'est dans cet état que M. L... entra à l'Asile de Vincennes, le 29 avril 1867. Dès le lendemain, il priait M. Laborie de l'amputer.

L'opération fut pratiquée le 15 mai par le procédé sus-malléolaire avec conservation d'un seul lambeau postérieur contenant le tendon d'Achille. La section de l'os fut faite à seize centimètres « au-dessous » de la tête du péroné; le lambeau postérieur reçut un développement de onze centimètres, et il fallut dix épingles à suture pour en réunir les bords à la ligne demi-circulaire de section de la face antérieure de la jambe. La cicatrice devait ainsi se trouver reportée sur cette face antérieure.

Tout alla bien pendant cette première journée. Le malade fut tranquille et dormit un peu. Le pouls ne dépassa pas cent cinq pulsations. Les douleurs furent modérées, et M. L... prit avec plaisir un peu de bouillon.

Nous fîmes la dissection de la pièce pathologique qui nous permit de constater l'existence d'une tumeur blanche avancée. Les parties molles, peau, muscles et tendons, plongeaient dans un tissu lardacé, blanchâtre, très-dur. Nous ne trouvâmes de pus nulle part; mais, en pénétrant dans l'articulation, nous reconnûmes que celle-ci était envahie par les fongosités. La synoviale était détruite, les cartilages d'encroûtement érodés et tous les os de l'articulation tibio-tarsienne, péroné, tibia et astragale, ainsi que les os voisins (calcaneum, cuboïde et cunéiforme), étaient la proie d'une ostéite qui avait raréfié si bien leur tissu que notre scalpel y entrait sans aucune difficulté.

Le 16 mai, second jour de l'opération, M. Laborie fit le premier pansement et enleva les fils des sutures, pour les remplacer par des fils nouveaux. Le moignon fut trouvé très-beau. La fièvre était modérée. Cependant, à sa visite du soir, l'interne de service constata un peu d'érysipèle.

Le troisième jour, celui-ci avait déjà pâli. Les lambeaux présentaient une réunion complète en avant. Le pouls était tombé à quatre-vingt-quatre pulsations.

Le quatrième jour, le pouls est à quatre-vingts. La rougeur érysipélateuse a presque entièrement disparu. La cicatrisation marche toujours bien, et l'on peut déjà constater que la cicatrice dépassera la surface de section de l'os.

Le cinquième jour, on put enlever trois épingles. A partir de ce moment, tout le travail de réparation se fit avec une rapidité croissante. La fièvre disparut; l'appétit revint, les fonctions digestives s'affermirent. Chaque matin, on put enlever une nouvelle épingle de plus, si bien que, le onzième jour, la cicatrisation se trouva complète.

Le dix-septième jour après son amputation, M. L... descendit de son lit et resta une partie de la journée assis, la jambe étendue sur un coussin.

Deux semaines après le moignon, déjà endurci, pouvait

offrir un point de sustentation solide au poids du corps. Le malade s'exerça à affermir son moignon pour le jour où il mettrait la jambe articulée qu'il avait commandée à M. Mathieu. Pendant tout le temps que dura cette préparation jamais un seul instant la solidité de la cicatrice ne se démentit. Il n'y eut ni douleur, ni excoriation, ni ulcération.

M. L... nous a quittés le 25 mai. Son moignon, que nous avons fait mouler, offre une extrémité arrondie formée par le lambeau postérieur qui se relève en avant pour venir rejoindre, après un trajet de onze centimètres, la ligne antérieure de section des parties molles. La cicatrice, parfaitement linéaire, se trouve ainsi placée à six centimètres au-dessus du point le moins élevé du moignon. Elle n'est donc jamais comprimée pendant la marche. Lorsqu'on examine le lambeau postérieur, on le sent doublé dans le sens antéro-postérieur, d'une sorte de ruban très-dur, qui semble lui former un squelette. C'est le tendon d'Achille. J'ajoute que le membre amputé a retrouvé son volume normal, et les mesures comparatives avec la jambe gauche sont exactement semblables. Enfin, depuis un mois et demi que cet homme se sert de son appareil prothétique, l'état de la cicatrice n'a pas varié.

M. **Larrey**. Je désire faire remarquer que les observations de M. Laborie viennent une fois de plus confirmer la thèse que j'ai toujours soutenue, à savoir que les amputations de la partie inférieure de la jambe, très-séduisantes par leur inocuité, conduisent à des résultats qui sont ultérieurement presque toujours mauvais.

M. **Perrin.** J'ai opéré un vieillard de 75 ans et j'ai obtenu un résultat qui vient confirmer les opinions de M. Laborie. Dans l'amputation sus-malléolaire, il faut mettre de côté tous les anciens procédés dont le type est représenté par l'opération de Lenoir et se rattacher à l'amputation avec un grand lambeau postérieur, laquelle fournit un résultat définitivement bon.

M. **Trélat.** J'entends formuler autour de moi une opinion dont je désire être l'interprète. L'opéré de M. Laborie n'a point été amputé au-dessus des malléoles, la section a porté beaucoup plus haut, et cela par la nécessité d'avoir un grand lambeau postérieur. Ce n'est point une critique mais une rectification que je formule ; du reste je crois qu'il y a avantage, sous le rapport de la prothèse, à ce que le segment conservé de la jambe ne soit point trop long.

M. **Guyon.** Je suis partisan du lambeau postérieur, car j'ai

eu deux fois occasion d'observer la gangrène du petit lambeau antérieur.

M. **Verneuil.** J'ai depuis longtemps rejeté l'amputation circulaire ; j'emploie le procédé à lambeaux et je crois qu'il est utile de conserver un petit lambeau antérieur. Ce dernier sert à recouvrir la surface de section, ce qui a beaucoup d'avantages, si l'on veut bien admettre qu'il y a des inconvénients à rechercher la réunion immédiate dans les amputations.

M. **Laborie.** L'observation de M. Trélat est très-exacte, l'amputation que j'ai pratiquée devrait prendre le nom d'amputation à la partie inférieure de la jambe.

Si l'on sectionnait les os immédiatement au-dessus des malléoles, il serait impossible d'avoir un lambeau postérieur suffisant.

J'ai vu un bon nombre d'opérés, chez lesquels le moignon s'ulcérait continuellement, et c'est la raison pour laquelle j'ai abondonné l'amputation sus-malléolaire pour avoir recours à la modification dont j'ai entretenu la Société. Je recherche toujours, pour ma part, la réunion par première intention ; sur vingt-huit amputations pratiquées successivement j'ai obtenu vingt-quatre guérisons.

M. **Desormeaux**. Je fais toujours les amputations de la jambe à lambeaux et les résultats que j'ai obtenus me paraissent supérieurs à ceux qui sont fournis par la méthode circulaire. Je crois utile de conserver un petit lambeau antérieur comme un moyen de faciliter l'adhésion du lambeau postérieur. Je suis partisan de la réunion immédiate, car elle est sans inconvénient, et, lorsque la tentative échoue, on se trouve exactement dans les mêmes conditions où l'on serait si l'on n'avait point cherché une adhésion immédiate.

Dans l'amputation sus-malléolaire, je crois qu'il est bon d'utiliser la peau du talon ; le même lambeau que l'on taille pour la désarticulation du pied est encore très-favorable lorsqu'on coupe les os au-dessus des malléoles.

M. **Guérin.** Je ne partage pas l'opinion qui a été émise par nos collègues ; je donne la préférence au lambeau latéral interne.

J'ai autrefois présenté un malade chez lequel le résultat était parfait ; le lambeau plantaire interne, que l'on serait tenté de croire trop long, remplit parfaitement les indications ; il s'applique parfaitement sur la surface de section des os et favorise, par cela même, la réunion immédiate. Voici comment je procède ; je dessine avec le bistouri les contours du lambeau latéral,

puis je désarticule franchement le pied, et j'achève la formation du lambeau de dedans en dehors. Une fois le pied détaché j'isole les malléoles, et je pratique la section à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation. Un simple brodequin à large talon suffit pour permettre la marche. Le procédé que je viens d'indiquer permet de conserver dans la pratique l'amputation sus-malléolaire, opération qui est préférable à l'amputation de la partie inférieure, en vertu de ce principe que les amputations sont d'autant moins graves qu'elles s'éloignent du centre circulatoire.

M. Perrin. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité, dans les amputations du bas de la jambe, d'employer un large lambeau et de mettre la cicatrice en avant. La rigueur de ce principe a conduit M. Laborie à faire remonter trop haut la section des os afin d'avoir un lambeau suffisant. On peut toujours sectionner les os au-dessus des malléoles pourvu qu'on utilise les téguments du pied. Si l'on a le choix, il est préférable de prendre le lambeau plantaire interne qui se recommande par sa vascularité.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Spina-bifida de la région lombaire.

M. **Blot** soumet à l'examen de la Société un enfant de cinq mois qui porte dans la région lombaire un spina-bifida du volume d'une orange; l'enfant est en outre affecté d'une chute du rectum et d'une chute de l'utérus. M. Blot demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération.

M. Boinet. M. Blot hésite, à cause de la gravité d'une opération; je serais d'avis qu'on fît la ponction afin d'éviter la rupture de la poche, accident qui paraît imminent.

M. Després. Dans un cas exactement semblable, j'ai fait dans l'espace d'un mois trois ponctions évacuatrices ; ces tentatives ont été sans inconvénient notable ; j'ai perdu de vue l'enfant.

M. Guersant. Je serais, dans le cas actuel, partisan des ponctions successives auxquelles on joindrait l'application d'une compression douce. Le cas me paraît grave à cause des complications cérébrales qui paraissent évidentes.

M. **Blot**. Mon petit malade est évidemment atteint d'hydrorachis, c'est ce qui me fait éloigner l'idée d'une opération. La

tumeur me paraît cloisonnée, ce qui serait un obstacle à l'évacuation du liquide par une ponction.

M. **Giraldès**. Je trouve une contre-indication à la ponction dans l'écartement des sutures du crâne et dans l'élargissement des fontanelles. J'ai toujours remarqué que la guérison du spina-bifida était, dans ces conditions, suivie d'une hydro-céphalie mortelle. Dans l'espèce, les ponctions sont dangereuses, et loin de redouter la rupture de la poche, je considérerais ce symptôme comme une tendance vers la guérison spontanée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Appareil électrique pour faciliter la recherche des projectiles cachés dans la profondeur des tissus.

M. **Wilson Moore** présente un appareil très-ingénieux qui a été imaginé par M. Sylvan de Wilde.

M. **Guyon** fait remarquer que des appareils analogues ont été proposés par divers savants, et que l'un d'eux se trouve figuré dans le « Traité de chirurgie d'armée » de M. Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1867

Présidence de M. Legouest

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une observation de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant, intitulée :

Eléphantiasis très-volumineux de la vulve, compliqué de cystocèle périnéale.—Lésion de la vessie au moment de l'opération.—Péritonite consécutive. — Mort.

L'observation suivante nous a paru offrir un assez vif intérêt pour être communiquée à la Société de chirurgie. Elle présente en effet, en dehors de la nature spéciale de la tumeur qui s'observe rarement dans nos contrées, et de son volume qui était un des plus considérables dont la science ait enregistré des exemples chez la femme, un enseignement clinique qui ne doit pas être perdu de vue dans des circonstances analogues : nous voulons parler de la coexistence d'une hernie de la vessie avec la tumeur éléphantiasique, complication non diagnostiquée pendant la vie ni au moment de l'opération, et à laquelle il convient cependant de rapporter la mort de la malade.

Obs. — Philippine A..., de Pourrières (Var), âgée de dix-huit ans bien constituée, d'une bonne santé habituelle, issue de parents bien portants, réglée depuis l'âge de quatorze ans, nous est adressée dans le courant du mois d'août 1866, par notre confrère, M. Giraud, médecin à Pourrières.

Voici les renseignements qui nous sont transmis par ce médecin et confirmés par la jeune fille et sa mère qui l'accompagne :

Philippine a vu paraître, il y a cinq ou six ans, sans cause appréciable, une petite tumeur dure, du volume d'une fraise ou d'une noisette, vers la face externe de la grande lèvre du côté droit. Insensiblement, cette tumeur a pris de l'accroissement, sans que l'apparition des règles et leur retour périodique, qui a eu lieu régulièrement depuis, aient paru exercer la moindre influence sur les progrès de la tumeur. Pendant longtemps, la malade, par un sentiment de pudeur naturel à son âge, n'a confié à personne l'existence de cette maladie. C'est tout à fait par hasard que sa mère en a fait la découverte, il y a environ un an, dans un moment où Philippine avait eu ses robes accrochées et relevées en descendant d'une charrette.

L'examen auquel nous procédons immédiatement, nous permet de constater l'existence d'un éléphantiasis de la vulve, d'un volume véritablement monstrueux, ainsi qu'on peut s'en assurer par la figure photographique que nous en donnons ici.

La tumeur irrégulièrement piriforme, bosselée sur plusieurs points de sa surface, lourde, élastique, entièrement insensible,

présente 29 centimètres de son sommet à sa base, et 47 centimètres dans sa plus grande circonférence; elle est comme suspendue entre les cuisses de la malade qu'elle tient fortement écartées l'une de l'autre, et descend en bas jusqu'à la partie supérieure du mollet; la peau qui la recouvre est saine et mobile presque partout; elle présente seulement dans quelques endroits des stries analogues à celles que l'on rencontre sur l'abdomen chez les anciens hydropiques ou les femmes qui ont fait des enfants ; elle s'implanta par un large pédicule sur le côté droit de la vulve, depuis le milieu de la région inguinale jusqu'à la région fessière ; le vagin est attiré en bas, et son ouverture antérieure déviée à gauche, ainsi que l'urèthre, dont l'orifice se trouve caché derrière la saillie formée par la partie supérieure de la tumeur sur le côté droit de la vulve. Cette disposition a pour conséquence de gêner considérablement la miction, l'urine s'écoulant en bavant, ou bien le jet en étant dirigé vers la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, de telle sorte que, malgré toutes les attitudes et toutes les précautions que la malade peut prendre, elle souille constamment ses vêtements ; il n'y existe ni douleurs ni élancements ; jamais elle n'a été le siége d'érysipèles, ni d'inflammations érythémateuses; son accroissement, comme nous l'avons dit, s'est fait lentement, mais d'une manière continue; depuis huit à dix mois surtout, cet accroissement a été plus rapide; au point où les choses en sont arrivées, non-seulement cette énorme intumescence incommode et gêne au plus haut degré par son poids et son volume, mais elle empêche encore la malade de s'asseoir et de travailler.

En face d'un pareil état, nous considérons l'opération comme la seule ressource à employer, et nous soumettons cet avis à la jeune fille et à sa mère, en prévenant toutefois cette dernière de la gravité et des dangers d'une opération chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée le 4 septembre 1866, en présence et avec le concours de nos confrères, MM. Rimbaud, Gouyet, Castellan et Giraud.

Après avoir obtenu l'insensibilité à l'aide du chloroforme, la tumeur est ramenée en avant sur l'abdomen. Une première incision elliptique permet de la circonscrire en arrière et en dedans, afin de détruire tout d'abord ses insertions du côté de la fesse, de l'anus et du vagin. Ce premier temps de l'opération est assez laborieux, à cause de l'hémorrhagie et des nombreux prolongements cellulaires que la tumeur envoie dans ces diverses directions. Cependant, elle est heureusement menée à bonne fin, grâce à la précaution de faire agir les doigts et le manche du scalpel plus souvent encore que l'instrument tranchant, sans que nous ayons plus de cinq à six ligatures à pratiquer.

La tumeur, une fois dégagée de ses adhérences internes et

postérieures, est attaquée à sa face externe à l'aide d'une nouvelle incision elliptique partant du pli du milieu de l'aine et venant se réunir en bas à la première, en conservant, bien entendu, la quantité de téguments reconnue nécessaire. Cette seconde dissection se fait avec infiniment plus de facilité, et ne nécessite l'application que de trois ou quatre ligatures. Mais, arrivé au niveau de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis nous reconnaissons que la tumeur se prolonge du côté du bassin, sous forme de nombreuses digitations très-résistantes ; la dissection en est poursuivie avec beaucoup de ménagements, tantôt avec les doigts et le manche du scalpel, tantôt avec le bistouri et les ciseaux ; puis, comme ce qui reste encore de tissu morbide peut être facilement pédiculisé, en vue de nous mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, nous appliquons la chaîne d'un écraseur linéaire autour de ce pédicule, qui présente environ 25 millimètres de diamètre, et nous faisons agir l'instrument qui en opère lentement la section.

Celle-ci réalisée, et la tumeur complétement enlevée, nous reconnaissons avec une pénible surprise que de l'urine s'écoule par la plaie, et qu'une solution de continuité existe à la vessie.

Voici ce qui venait de se passer :

La tumeur, ainsi que nous l'avons dit plus haut, s'implantait, non-seulement dans la région inguinale, en dehors de la grande lèvre droite et du côté de la région fessière ; mais elle envoyait encore de nombreux prolongements vers les organes contenus dans le petit bassin, en particulier sur le côté droit du vagin et du rectum. Quelques-uns de ces prolongements, pénétrant plus profondément, étaient arrivés jusque sur le bas-fond de la vessie ; et, fixés ainsi d'une part à cet organe, de l'autre, faisant corps avec la tumeur éléphantiasique, ils avaient attiré peu à peu cette portion du réservoir de l'urine dans la région périnéale, en éraillant et écartant quelques fibres de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus, aidés dans cette action par le poids considérable de la tumeur et les déplacements qu'elle tendait à produire sur tous les organes du voisinage. Il en était résulté un changement complet dans les rapports normaux, et probablement dans la forme de la vessie, son déplacement de haut en bas, et enfin sa présence dans la région périnéale, dans le point même qui venait d'être sectionné par l'écraseur linéaire, et que nous avions considéré, avec tous nos confrères, comme formant exclusivement le pédicule de la tumeur éléphantiasique.

Ces réflexions qui se présentèrent alors à notre esprit arrivaient malheureusement trop tard. La vessie, nous venons de le dire, était ouverte ; on y constatait une solution de continuité de 3 centimètres environ d'étendue, dont les bords s'écar-

tèrent aussitôt la section terminée, et qui remonta brusquement ensuite dans l'intérieur du bassin. Que faire alors? Fallait-il aller chercher de nouveau la vessie, la ramener à l'extérieur, et tâcher de rapprocher les bords de la plaie à l'aide de la suture; ou bien était-il préférable de se borner à faciliter, le plus possible, l'écoulement de l'urine à l'extérieur, et d'attendre?

C'est à ce dernier parti que nous crûmes devoir nous arrêter, en raison des difficultés que nous laissait entrevoir l'application de la suture, jointes à l'incertitude de ses résultats; la malade était d'ailleurs très-fatiguée et très-affaiblie, l'opération ayant duré près de trois quarts d'heure. La plaie fut donc réunie dans toute sa partie supérieure, et laissée béante dans le reste de son étendue; la sonde en S de Marion Syms fut placée à demeure dans la vessie; une longue mèche de linge enduite de cérat fut introduite profondément placée dans l'angle postérieur de la plaie dont elle servit à maintenir les lèvres écartées, et des applications froides furent faites sur le périnée.

La journée et la nuit furent passables; la malade prit du bouillon et un peu de vin; mais, dès le lendemain, des symptômes de péritonite se déclarèrent; ils augmentèrent rapidement d'intensité, et la mort eut lieu deux jours après, le 7 septembre.

A notre grand regret, l'autopsie ne pût pas être pratiquée.

Examen de la tumeur. — Incisée sur plusieurs points de son étendue, elle paraît constituée exclusivement par des faisceaux de fibres de tissu lamineux renfermant une assez grande quantité de sérosité un peu épaisse dans leur intervalle; on y découvre, en trois points différents, des kystes séreux de volume variable, dont le principal peut contenir de 50 à 60 grammes de liquide; pesée très-exactement, après que les kystes ont été ouverts, et que plusienrs incisions ayant laissé s'écouler de la sérosité, ont été pratiquées, la tumeur pèse encore 8 kilogrammes 700 grammes; les digitations ou prolongements cellulaires qu'elle envoyait dans les organes du voisinage, en particulier sur la portion de la vessie restée adhérente à la tumeur, présentent une grande résistance et se séparent très-difficilement de la face externe de ce viscère; aussi a-t-on quelque peine à les isoler, et n'y parvient-on qu'en les déchirant ou les arrachant de vive force. Ce qui reste de la vessie, et adhère à la tumeur, forme un lambeau taillé un peu irrégulièrement, de bien près de 5 centimètres carrés, dans lequel on reconnaît très-distinctement les tuniques muqueuse et musculeuse, il n'y a pas eu d'examen microscopique.

— Par le même auteur, « Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis. » Les conclusions de ce travail seront publiées au bulletin.

— « Notice sur l'oreillon, » par M. le Dr Ladureau, médecin major à Cambrai. (Commission : MM. Labbé, Tillaux, Després, rapporteur.)

« Observation de polype utérin, écrasement linéaire, guérison, » par M. le Dr Monteil (de Mende). (Commission : MM. Guyon, Lefort, Tarnier, rapporteur.)

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine.

— « La Gazette médicale de Strasbourg. »

— « Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, » année 1867, t. 1er, nos 5, 6, 7.

— « Mémoire sur le traitement des taches de la cornée, » par le Dr Raphaël Castorani.

A propos de la correspondance, M. **Després** fait observer qu'il lui paraît indispensable de formuler une restriction relativement à l'observation déposée par M. Bourguet (d'Aix). Suivant M. Després, l'observation devrait prendre le titre suivant ; « Molluscum éléphantiasique. »

MM. **Drouinau** (de La Rochelle) et **Michel** (de Strasbourg) assistent à la séance.

M. le Président invite les candidats, pour la place de membre titulaire, à faire parvenir sans plus de retard leurs titres, le rapport devant être fait dans la première quinzaine de novembre.

M. le président informe la Société que le bureau a été d'avis de déclarer vacantes cinq places de membres correspondants nationaux et cinq places de membres correspondants étrangers.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Polypes du larynx.

M. Giraldès. Je soumets à l'examen de la Société un enfant âgé de neuf ans et demi, que j'ai opéré il y a quatre ans maintenant, pour une affection grave des voies aériennes. Une première fois, cet enfant fut pris d'accidents asphyxiques, et je dus lui pratiquer la trachéotomie. Un peu plus tard, les mêmes accidents se représentant, je songeai à un polype du larynx. L'examen de cet organe n'ayant point été possible, je soumis l'enfant aux vapeurs de chloroforme, et je pus constater avec le doigt, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, l'existence de

masses polypeuses considérables. J'employai l'instrument de M. Mathieu, et en plusieurs tentatives je pus extraire gros comme une cerise de ces végétations. Depuis, diverses circonstances n'ont pas permis de poursuivre l'opération, et l'enfant a dû garder sa canule pendant près de quatre ans. Aujourd'hui je crois la guérison complète. La canule a été enlevée; le malade n'a plus eu d'accès de suffocation; la voix n'est pas trop altérée, et tout fait supposer que l'enfant est maintenant hors de danger.

M. Trélat. L'instrument dont s'est servi M. Giraldès a été construit sur mes indications: il a, du reste, la plus grande analogie avec l'amygdalotome à détente, qui se trouve figuré dans Scultet.

RAPPORT

M. **Broca** fait un rapport verbal :

1° Sur un travail ayant pour titre :

« Nouvelle théorie de l'asthme, nouveau traitement curatif de la gangrène sénile, » par le docteur Ségers (de Bruxelles).

2° Sur un travail intitulé : « Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune, » par M. Da Casta Alvarenza.

COMMUNICATION

Nouvelles applications de la compression digitale dans le traitement des diverses maladies.

M. Vanzetti donne lecture du travail suivant:

De la compression digitale artérielle comme traitement des inflammations phlegmoneuses et articulaires des membres.

La pratique chirurgicale de tous les jours ne fait que confirmer le danger qui accompagne les inflammations aiguës, surtout traumatiques des articulations, ainsi que la gravité souvent extrême du phlegmon diffus des membres.

Tandis que les affections de la première catégorie amènent facilement la suppuration dévastatrice des articulations, et même la mort, le phlegmon diffus cause, « fréquemment, » lui,

la gangrène de vastes portions du tégument, du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, la nécrose des os, etc.; et lorsque la guérison a pu étre obtenue, souvent les membres restent profondément altérés dans leur structure, et leur forme inapte au libre et complet exercice de leurs fonctions.

Je crois que tous les chirurgiens penseront comme moi : que la thérapeutique employée contre ces affections est peu satisfaisante, incertaine, souvent infidèle, si héroïque qu'elle soit : aussi de tout temps on a fait de nombreux efforts pour créer des méthodes de traitement plus efficaces, afin de lutter avantageusement contre ces redoutables affections.

Il y a près d'une dizaine d'années que j'ai proposé (1) et que j'emploie pour traiter ces maladies une méthode thérapeutique surpassant de beaucoup en efficacité toutes les autres, en ce qu'elle est tout à fait innocente en elle-méme, et capable néanmoins de dissiper complétement l'inflammation en très-peu de temps, quand elle est employée avant que les tissus malades ne soient profondément altérés on détruits. Elle consiste dans l'interception de l'afflux trop considérable du sang dans la partie malade, au moyen de la compression digitale du tronc artériel du membre, laquelle est faite tantôt d'une manière continue, tantôt même intermittente, pendant un certain nombre d'heures ; de dix à vingt, rarement plus de vingt-quatre heures.

Depuis sa publication, cette méthode de traitement a été accueillie avec faveur par un certain nombre de chirurgiens, qui, l'ayant adoptée, en ont été très-satisfaits. Le Mémoire, dans lequel je l'avais proposée, avec l'appui de quelques observations recueillies à ma clinique, a été reproduit dans « l'Union Médicale (2), » de même que dans les principaux journaux d'Angleterre (3) et d'Allemagne (4). Successivement des observations très-intéressantes de guérisons obtenues furent publiées

(1) Sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale. « Giornale veneto di scienze mediche. » Volume X, série II. 1858.

(2) « L'Union médicale. » 1858, n. 115 et 155.

(3) « Medical Times and Gazette. » March 19. 1858,

(4) « Schmidt's Jahrbürer, » etc.

dans les journaux médicaux (1) du nord de l'Italie par MM. les docteurs Bernardi, Furchetti, Cucchini, Tosini, Benier, professeurs; Botto (de Gêne), Lamprecht, etc; à Rome, le Dr Ceccarelli en a publié plusieurs autres dans un Mémoire (2) spécial sur ce sujet. En France, M. Follin dans son « Traité de pathologie externe (3), » au chapitre inflammation, a fait mention de cette méthode. Des élèves de M. Nélaton m'ont dit qu'elle à été employée avec succès dans sa clinique, pour un cas de phlegmon de la main et de l'avant-bras. En Allemagne, MM. Demme (4) et Neudorfer ont consacré dans leurs ouvrages de chirurgie militaire, un article spécial à ce mode de traitement: ce dernier chirurgien (5), déjà, en 1862, dans un rapport sur les maladies chirurgicales de la garnison de Prague, a émis l'opinion suivante sur la compression digitale :

« Dans les inflammations externes spontanées, et dans celles qui suivent les opérations, nous avons entièrement abandonné le traitement ordinaire antiphlogistique, saignée, nitre, calomel, etc.; et comme unique traitement, nous n'avons employé que la compression digitale. Expérimentée dans plus de cent cas, nous avons acquis la conviction qu'elle surpasse en efficacité tout autre traitement : la chaleur, la rougeur, le douleur s'éteignent bientôt, même en n'employant que la compression intermittente. Ainsi la compression digitale, proposée par le professeur Vanzetti, acquiert toujours plus de confiance et de crédit; nous croyons donc devoir la recommander très-chaleureusement. Elle sert en outre, dans beaucoup de cas, à diminuer les sécrétions purulentes trop copieuses. »

Enfin, d'après le témoignage du D. Milliot, qui s'est occupé

(1) « Giornale veneto di scienze mediche, 1858, » et « Gazetta medica italiana : provincie venere. » 1858, 1859, 1860, 1661, 1362.

(2) A. Ceccarelli. « Della compressione in chirurgica e particolarmente della compressione digitale nella cura delle infiammazione esterne. » Roma, 1865.

(3) H. Demme. « Militar-Chirurgische studien, » p. 191.

(4) Allem. « Medischinische Wiener Zeitung, n. 7. » Jobr, 1862.

(5) Follin. « Traité élémentaire de pathologie externe. » Paris, 1861, p. 18.

de la compression préventive dans le traumatisme, cette méthode a été employée, également avec succès, en Russie, à Vrien, dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Hübhenet contre un phlegmon de l'avant-bras.

Malgré ces témoignages en faveur de ce mode de traitement, malgré les observations publiées par les auteurs susnommés constatant sa grande utilité; il est certain qu'il n'est encore ni suffisamment connu, ni employé par la « majorité » des chirurgiens, qui, en France, en Allemagne, en Angleterre, et dans le midi de l'Italie même, continuent toujours à se servir des moyens thérapeutiques ordinaires, sans essayer la compression digitale, se privant ainsi d'un remède infiniment plus puissant et d'une efficacité vraiment « surprenante. »

C'est à dessein que je dis « surprenante »; car dans toutes les observations de guérison publiées, j'ai trouvé que leurs auteurs ont manifesté un grand étonnement des résultats très-rapides, très-manifestes et souvent inespérés, qu'ils virent se produire par son emploi.

De si beaux succès, obtenus par d'autres aussi bien que par moi, me font un devoir d'insister aujourd'hui de toutes mes forces, afin que cette méthode soit plus largement expérimentée par mes confrères, et devienne ainsi le traitement classique des inflammations phlegmoneuses des membres ou des inflammations des articulations.

Je crois d'autant plus nécessaire de m'appesantir sur ce sujet, que, tout récemment, les journaux médicaux de Londres (I) nous apprennent que M. Little, au London Hospital, dans un cas d'arthrite aiguë traumatique du genou, lia, d'après le conseil de M. Mauder, la fémorale et l'artère humérale dans un cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, avec un plein succès.

Je ne puis qu'applaudir à l'idée de ces deux chirurgiens éminents d'avoir intercepté le cours du sang dans l'artère principale du membre malade, et je les félicite de la guérison qu'ils

(1) « The Lancet. » June 15, 1867, pag. 751, et « Medical Times » and « Gazette », june 22, 1867, pag. 707.

ont obtenue. Mais, n'est-ce pas assumer une trop grande part de responsabilité que de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre avant que d'avoir essayé le moyen, si simple et si inoffensif de la compression digitale, qui conduit facilement au même résultat, de diminuer ou supprimer l'afflux du sang artériel dans la partie malade? Et cette compression, que l'on peut modifier instantanément, selon les symptômes, a, en outre, l'avantage de ne changer en rien les conditions physiologiques de la circulation, une fois la guérison obtenue; ce qui n'est pas le cas pour la ligature, qui reste, d'ailleurs, toujours possible, si la compression est inefficace.

C'est pour ce motif que M. Jackson, chirurgien de l'hôpital de Sheffield, s'empressa de faire suivre l'annonce de l'opération de M. Little, d'une observation (1) d'arthrite aiguë traumatique, qu'il avait guérie, peu de mois auparavant, par la compression de l'artère fémorale, au moyen d'un tourniquet. Malgré les inconvénients qu'il rencontra par ce mode de compression, il n'hésita pas à faire ressortir les avantages de ce moyen de guérir, sans avoir à faire subir aux malades une opération sanglante.

Cette observation de M. Jackson donna à M. G. Frapenard (de Gannat), l'occasion d'adresser, dans « l'Union médicale » (2), une réclamation en faveur de son père, qui avait, en 1859, essayé la compression digitale dans un cas d'arthrite aiguë. — Il est très-probable que ni M. Mauder, ni M. Jackson, ni M. E. Frapenard n'ont eu connaissance du Mémoire, publié en 1858, dans lequel j'ai proposé la compression digitale contre les inflammations des membres (3), ni les observations publiées ensuite dans les journaux de médecine.

D'après tout ce qui précède, on voit que la compression digitale contre l'inflammation reste un traitement fort peu connu, et qu'il est à désirer qu'il le soit davantage. Si la Société de

(1) « The Lancet. » June 29, 1867, p. 794. — « L'Union médicale », n° 87, 20 juillet 1857.

(2) N° 108. 7 septembre 1867.

(3) Ce Mémoire renferme justement une observation d'arthrite aiguë de l'articulation radio-carpienne, guérie par la compression artérielle.

chirurgie, en le discutant et en l'expérimentant, venait à le sanctionner, son avenir serait désormais assuré.

A cet effet, je viens demander à la Société de vouloir bien faire de ce mode de traitement, l'objet d'une série d'expérimentations dans des cas appropriés à son emploi, et, d'après les résultats qu'elle en aura obtenus, prononcer son verdict.

J'ose lui faire cette demande avec d'autant plus de confiance, que les succès déjà obtenus et publiés par les chirurgiens mentionnés plus haut me donnent l'espoir de voir se produire de nombreux cas de guérison, rectifiant l'utilité et l'importance de ma méthode, et ainsi me prouver que je n'ai point été influencé par une trop grande tendresse envers elle.

Pour ma part, je me ferai dorénavant un devoir de faire parvenir à la Société toutes les observations que je pourrai recueillir sur ce sujet, soit à ma clinique, soit auprès de mes collègues d'Italie, au concours obligeant desquels je fais appel, afin que les observations soient aussi multipliées que possible.

Je vous demande dès aujourd'hui la permission de commencer, en vous faisant la narration de trois observations à l'appui de la thèse que je viens de soutenir devant vous. La troisième de ces observations, quoique ne se rapportant pas aux inflammations phlegmoneuses ou articulaires, mais à une affection spéciale toute différente, ne pourra, je crois, qu'étendre davantage le nombre des applications de la compression digitale artérielle.

**Phlegmon très-grave
du membre supérieur gauche. — Compression digitale. — Guérison très-rapide.**

Il y a trois mois à peu près que le Dr Brunetta, médecin distingué à la Prata près de Pordenone, m'appela en consultation pour un de ses malades. A cette occasion, ce confrère me fit part des beaux succès qu'il avait obtenus dans sa pratique au moyen de la compression digitale des artères dans les inflammations phlegmoneuses des membres et dans celles des articulations, traitement qu'il avait adopté depuis l'époque où je l'avais proposé.

Parmi les guérisons obtenues, il m'en cita une, dont l'intérêt me parut si grand que j'ai prié mon honorable confrère de vouloir bien m'en donner l'observation pour la communiquer à la Société. Il accéda à ma prière avec une courtoisie dont je suis heureux de lui témoigner ma reconnaissance, et me remit l'observation suivante.

« Le 6 juin 1863, je fus appelé auprès d'un paysan, âgé de 45 ans environ, alité depuis cinq jours.

» Le malade qui se fait passer, dans la localité, comme savant dans l'art vétérinaire, avait eu, quelques jours auparavant, à extraire du ventre d'une vache son fœtus. Ne réussissant pas avec les mains, il employa un crochet, qui ayant lâché prise, vint le blesser, très-superficiellement, à la paume de la main gauche.

» Cette lésion, si légère que le paysan n'y fit pas attention, fut cause d'un phlegmon très-intense du membre, accompagné de symptômes généraux excessivement sérieux.

» A ma première visite, faite comme je l'ai dit, cinq jours après le début de la maladie, je trouvai le malade au lit avec l'avant-bras et une grande partie du bras gauche tellement enflés qu'ils paraissaient doublés de volume : la peau en était très-tendue, luisante, de couleur rouge très-foncée, livide et bleuâtre, avec de larges phlyctènes sur le dos de la main. La physionomie du malade était décomposée, son œil était languissant, sa voix faible et rauque, le pouls misérable, la température du corps au-dessous de la normale, avec grande prostration physique et morale.

» Je fus effrayé d'un ensemble de symptômes si terribles ; et, en présence d'un état d'adynamie si profonde, je me suis demandé, s'il n'y avait pas eu absorption d'un virus par la petite blessure que le malade s'était faite. Je prescrivis une décoction de quinquina avec une eau aromatique laudanisée, et, songeant aux moyens les plus prompts et les plus sûrs pour arrêter l'érysipèle phlegmoneux qui menaçait le bras de gangrène, je me mis de suite à pratiquer la compression digitale de l'artère humérale à son tiers supérieur.

» Heureusement je pus trouver, parmi les parents du malade, deux personnes très-intelligentes qui apprirent à faire très-bien la compression.

» Je quittai le malade, après avoir fait comprendre à sa famille combien il était important que la compression fût continuée, non-seulement pendant le reste de la journée, mais aussi toute la nuit, jusqu'à ma visite du lendemain.

» Tout en pensant que ces prescriptions seraient exactement

exécutées, j'avoue m'être éloigné de ce malade avec bien peu d'espoir, tant son état m'avait paru grave et tant il m'avait inspiré de doutes sur la possibilité de lui sauver la vie.

» Le lendemain matin, j'allai revoir ce malade, et, les parents étant encore à leur poste à faire la compression, je le trouvai, avec une inexprimable surprise, ayant une physionomie sereine, ses forces et son moral relevés. Il avait dormi plusieurs heures; mais, ce qui est plus important, le membre pectoral était tout à fait désenflé, presque revenu à son volume normal; on observait seulement un teint tant soit peu livide de la peau, qui était ridée et capable d'être plissée facilement entre les doigts.

» A partir de ce moment, à savoir vingt - quatre heures de compression, je la fis cesser; j'appliquai sur les phlyctènes, qui s'étaient ouvertes, et sur la petite blessure, qui suppurait superficiellement, de la charpie sèche, puis plusieurs tours de bande. Au bout de deux jours le malade, sans autre médication, était complétement guéri. Depuis lors, il n'a éprouvé aucune incommodité dans le bras. »

Par un hasard aussi heureux que singulier, après notre consultation, en retournant en compagnie du Dr Brunetta à Pordenone pour y regagner le chemin de fer, nous rencontrâmes sur la route le même paysan; le docteur l'engagea à me faire le récit du mal qu'il avait essuyé à la suite de l'opération qu'il avait faite quatre ans auparavant sur la vache. — Je regrette de ne pouvoir pas rendre exactement les mots dont ce paysan, très-expressif, se servit pour nous expliquer comme quoi « il se sentait mourir, comme il était à demi-mort, comme quoi il avait senti la vie revenir dans son corps, » du moment où le docteur avait appliqué ses doigts à son membre malade, et au fur et à mesure que l'on continuait à y exercer une pression.

Pustule charbonneuse du membre supérieur. — Compression digitale. — Guérison.

François L..... (de Padoue), âgé de 28 ans, contrefait, se fait admettre dans ma clinique le 31 décembre 1865, pour une enflure considérable de tout le membre pectoral gauche, qui a débuté il y a quatre jours.

A première vue, je crus reconnaître une pustule charbonneuse, et les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade nous en donnèrent la certitude.

En effet, il nous raconte qu'il y a huit jours (22 décembre), il

a dépecé un cheval mort de maladie ; il a trouvé dans l'intérieur du corps beaucoup de sérosité jaunâtre, le foie et la rate en bouillie, les intestins de couleur noire, etc. — Il affirme ne pas s'être blessé en exécutant le dépècement de cet animal, ni avoir eu préalablement une écorchure.

Pendant quatre jours, il n'a rien ressenti; mais, le soir du cinquième (26 décembre), il aperçoit, à cause d'un picotement incommode qu'il y éprouvait, une petite élevure noirâtre, située vers le poignet, qu'il déchire d'un coup d'ongle en se grattant.

Le 27, au matin, le tiers inférieur de l'avant-bras était le siége d'un gonflement qui, le soir, remontait jusqu'à plus de moitié vers le pli du coude.

Le 28 décembre, l'enflure gagne le coude, et, le 30 décembre, elle a déjà envahi la moitié du bras, se compliquant d'un a ccès de fièvre avec frissons. Il supporta ce premier accès sans cesser de travailler, allant seulement se coucher ce jour-là plus tôt qu'à l'ordinaire.

Le 31 décembre, le gonflement remonte jusqu'à l'aisselle ; le malade ressent dans tout son membre une tension pénible, des douleurs vives et lancinantes, comme si « son bras allait éclater. » Effrayé de son état, il se fait recevoir ce même jour à l'hôpital.

A son entrée, le 31 décembre au soir, on constate que tout le bras gauche, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au creux axillaire, est le siége d'un gonflement considérable. La peau en est violacée, surtout au côté interne de l'avant-bras. Le membre est lourd, très-chaud ; les articulations des phalanges, du corps et du coude ne peuvent exécuter de mouvements, à cause de l'enflure rénitente dont elles sont le siége. — A deux travers de doigt de l'articulation carpienne, sur la face palmaire de l'avant-bras, on voit une pustule du diamètre d'une lentille, déchirée, à fond noir, ayant à son pourtour une couronne de vésicules de la grosseur d'un grain de millet, très-luisantes et pleines d'une sérosité citrine, représentant, à s'y méprendre, le « chaton de la bague entouré de perles, » décrit par les auteurs, comme signe de la pustule maligne. Un autre symptôme, que nous croyons également « pathognomonique » de cette affection, c'est la tension, la rénitence, la dureté « presque ligneuse de l'enflure : » elle s'étendait à tout l'avant-bras, au bras et presque jusqu'à l'aisselle, où elle s'atténuait en un « œdème mou. » La peau présentait en outre l'apparence rugueuse, chagrinée, d'une écorce d'orange, dans toute la moitié inférieure et interne de l'avant-bras. Examinée à la loupe, on reconnaissait que cette apparence mamelonnée et rugueuse de la peau provenait d'une exsudation sous-épidermique, gélati-

neuse, trop épaisse pour former des gouttelettes capables de soulever l'épiderme en forme de bulle ou de phlyctène.

Le malade avait un grand effroi et des angoisses causées par les vives douleurs du bras; il se plaignait d'élancements par accès, comme si son bras était broyé par la « pression d'un étau. » Cependant sa physionomie n'avait pas l'air « sinistre; » le pouls était à 75 et mou; la chaleur du corps, sauf la partie malade, n'était pas sensiblement augmentée.

Traitement. — Cherchant les moyens les plus capables d'arrêter d'une manière prompte et sûre une inflammation qui avait fait en si peu de jours des progrès si rapides et si effrayants, je me décidai à employer la compression digitale, comme s'il se fût agi d'un érysipèle phlegmoneux. Je la fis commencer immédiatement à l'humérale, sans employer aucun autre remède.

Les élèves, animés de leur zèle ordinaire, prirent de suite leurs dispositions pour que deux d'entre eux fussent alternativement occupés à comprimer l'artère, et relevés toutes les deux heures par deux autres.

A cause de l'enflure du bras, on fut obligé de faire la compression dans le creux axillaire, région où elle est toujours beaucoup plus difficile à exercer, et à cause de la finesse et de la sensibilité de la peau, moins bien supportée par les malades. Pour atteindre l'artère il fallait, dans ce cas, vaincre l'œdème, qui terminait le gonflement rénitent du bras, par des pressions exercées le long du trajet de l'artère avec le bout des doigts.

La compression commence à huit heures du soir; déjà, après une demi-heure, le malade nous dit qu'il n'éprouve plus dans son bras la sensation déchirante qui lui causait auparavant tant d'inquiétudes et d'angoisses générales : il nous montra même qu'il pouvait déjà mouvoir un peu ses doigts, notamment approcher le bout du pouce de celui de l'index et y tenir une monnaie, si on la lui eût donnée. — Après trois heures, le pouce pouvait déjà toucher le bout du « médius » et de « l'annulaire, » mais pas encore l'extrémité du petit doigt, lequel, après huit heures de compression, put être même dépassé.

A huit heures du matin, c'est-à-dire après douze heures de compression totale et aussi continue que possible, on essaya de comprimer la sous-clavière à sa sortie des scalènes, attendu que l'endroit où l'on avait agi commençait à être un peu rouge et douloureux. Mais cette compression de la sous-clavière ne réussit pas bien ; le malade demande qu'on le reprenne à l'endroit primitif, car il éprouvait de nouveau, disait-il, des douleurs, surtout aux environs de la pustule, aussitôt que l'on cessait de comprimer : aussi avertissait-il les personnes qui faisaient la compression, toutes les fois qu'elle n'était pas bien faite. Le moment où l'on changeait les doigts compresseurs

causait également quelques douleurs dans le membre malade, surtout si on les changeait brusquement.

On continua la compression jusqu'à huit heures du soir du 1er janvier, c'est-à-dire vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, elle ne fut plus jugée nécessaire. Le bras, en effet, avait continué de diminuer de volume au fur et à mesure de la compression ; les mouvements des doigts, du corps et du coude étaient revenus en grande partie : la rougeur était de beaucoup effacée ; la température tombée presque à l'état normal ; et, ce qui nous parut surtout très-important, la tension extrême, la « dureté presque ligneuse » de l'enflure dissipée complétement, de sorte que le gonflement qui restait encore n'avait plus que les caractères d'un œdème froid qui a conservé l'impression des doigts.

Telles étaient les conditions du membre après vingt-quatre heures de compression. Nous jugeâmes alors que l'inflammation, jugulée, avait perdu tous ses caractères d'acuité primitive, et que, par conséquent, il ne fallait plus, pour achever la guérison, qu'attendre le temps nécessaire, tant à l'absorption des produits d'exsudation qui s'étaient engendrés durant les quatre jours de maladie, qu'à l'élimination de l'eschare, en laquelle était convertie la petite portion du derme où la pustule avait son siége ; enfin, à la réparation et à la cicatrisation de la petite plaie qui devait résulter de cette élimination.

Pour hâter l'absorption de l'exsudation plastique qui entretenait le reste de l'œdème, on fit des fomentations humides et aromatiques sur le membre pendant les huit premiers jours. Elles furent alors supprimées, toute trace d'œdème ayant disparu, le bras ayant repris son volume, ses mouvements, sa souplesse, en un mot ses fonctions et son apparence normale, sauf à l'endroit du siége de la pustule, où, à la place de la tache noire primitive, existait une perforation du derme, de même grandeur, presque exactement circulaire, et comme faite par un emporte-pièce, à bords jaunâtres, entourés de quelque densité. On prescrivit un bain de bras, et on lui appliqua une bande roulée, qu'on eut soin de tenir humide à l'endroit de la perforation. — Au vingtième jour environ, les bords de l'ulcération lenticulaire, ainsi que son fond bourgeonnaient : il en sortait, par une légère pression, une petite quantité de pus mêlé à des flocons de tissu cellulaire. Dans les jours suivants, on reconnut qu'en introduisant une sonde dans la perforation, on pouvait la promener sous le derme dans un « rayon de trois centimètres. » Je continuai à faire maintenir, au moyen d'une bande roulée sèche, une compression modérée sur cette partie ; le clapier-sous-cutané et la perforation du derme se cicatrisèrent alors avec assez de rapidité pour permettre au malade de sortir de la clinique le 1er février 1866.

Tous les médecins savent que la pustule maligne est une affection d'une gravité extrême, se terminant souvent par la mort, et qui, alors qu'elle n'a pas cette issue fatale, cause toujours des mortifications plus ou moins étendues des régions où siégeait le mal.

Dans l'état actuel de la science, le moyen généralement adopté pour conjurer les dangers de cette terrible affection, est la destruction, au moyen de cautérisations variées, des parties où siége la pustule. Cette cautérisation se fait dans la supposition qu'un virus délétère, après l'inoculation, s'élabore, pour se propager dans toute l'économie; la destruction du point initial contaminé, opérée avant l'élaboration du virus supprimant l'infection générale.

J'ai été témoin, il n'y a pas très-longtemps, des graves dégâts que peut produire la pustule maligne, alors qu'elle n'est pas mortelle. Appelé par un collègue à Jiesso, pour y visiter un équarrisseur qui était atteint de pustule charbonneuse sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, j'ai trouvé tout ce membre monstrueusement enflé, depuis les doigts jusqu'à l'épaule et la partie correspondante de la poitrine, y compris la racine du cou. Dans ce cas, j'ai également noté la « dureté extrême », presque ligneuse de l'enflure. Une grande partie de la peau de l'avant-bras était manifestement menacée de gangrène, qui, déjà, se montrait en divers points. Le malade, homme de complexion très-robuste, était dans un état d'adynamie profonde, son pouls excessivement faible, filiforme. Il n'était pas possible de songer à la compression digitale, vu l'extrême degré du gonflement. Nous donnâmes à ce malade des doses énormes d'eau-de-vie, et, par bonheur, il put échapper à l'extrême danger qui l'avait assailli; mais des portions très-étendues de la peau de l'avant-bras tombèrent en gangrène; en sorte que la cicatrisation demanda beaucoup de temps.

Dans notre observation, les progrès du mal ont été arrêtés dès qu'on commença la compression artérielle; tous les efforts destructeurs de la pustule se sont bornés à la mortification de la portion de peau où elle siégeait, et d'une portion très-minime de tissu cellulaire sous-cutané. Les symptômes généraux n'eurent pour ainsi dire pas le temps de se développer, dès que le travail morbide local eut été enrayé par la compression digitale seulement.

Si de nouveaux cas de guérison avaient lieu par la simple compression digitale; s'il était prouvé qu'elle a la puissance de guérir très-promptement la pustule maligne, comme les inflammations aiguës des membres et des articulations, il est aisé de comprendre, d'une part, de quelle importance serait ce nouveau secours thérapeutique, d'une douceur et d'une innocuité

sans comparaison avec le traitement violent actuellement en usage : d'autre part, la théorie admise aujourd'hui sur l'intoxication du virus charbonneux particulièrement, serait peut-être atteinte et pourrait en être modifiée.

Il serait donc bien à désirer que les praticiens qui se trouveront en présence de cas de ce genre, expérimentent ce moyen avec toute la persévérance que commande le but éminemment humanitaire qu'on se propose d'obtenir, et publient leurs résultats, quels qu'ils soient.

Du reste, cette observation de pustule maligne, traitée par la compression digitale, n'est pas la première. Le Dr Lamprecht, médecin très-distingué à Boncade, dans la province de Venise, publia, dans la « Gazette médicale de Padoue » (année 1861, n° 10, p. 144), une observation qui porte pour titre : « Pustule charbonneuse.— Compression digitale. — Guérison. » Malheureusement, cette observation, trop peu détaillée, ne permet pas d'en tirer une déduction concluante sur les effets réels de la compression. Voici la brève notice qu'il a publiée :

« J. J... avait, au mois de janvier 1861, écorché un veau, mort de splénite charbonneuse. Peu de jours après, deux pustules se développèrent au tiers inférieur de son bras droit. Aux symptômes locaux et généraux observés, le Dr Pasin, médecin du malade, ne douta pas qu'il s'agissait d'une pustule maligne ou charbonneuse. Il ordonna de suite la compression digitale de l'humérale avec un traitement interne approprié. Cette compression, exécutée pendant quarante-huit heures, servit, évidemment, selon moi, d'abord à arrêter le phlegmon diffus, qui, en quelques heures, avait envahi tout le membre dépassant l'aisselle et l'épaule, et peut-être aussi à limiter dans ces parties l'action de ce virus pernicieux, qui tue si rapidement. La menace de gangrène profonde et la gravité des symptômes déterminèrent mon collègue à m'appeler pour la partie chirurgicale. Je trouvai, à l'endroit des deux pustules, de vastes eschares gangréneuses, le membre très-gonflé, indolent, immobile, insensible. Je n'hésitai pas à faire de « nombreuses incisions » et à fendre profondément les eschares ; je couvris le membre de charpie, sur laquelle était étalé de l'onguent iodé, enveloppant ensuite tout le membre avec de la ouate. Le malade a guéri. »

Éléphantiasis de la jambe droite.
Compression digitale de la fémorale. — Guérison.

Pauline S... (de Bovelenta), servante , âgée de 21 ans, est une fille lourde , très-replète et de constitution lymphatique,

bien réglée; elle est reçue dans ma clinique, le 16 février 1861, pour une éléphantiasis de la jambe droite.

La malade ressentait une grande lourdeur et gêne dans les mouvements de cette jambe, dont les téguments étaient de couleur un peu plus foncée. La circonférence surpassait celle du côté sain : au mollet, de 10 centimètres (c'est-à-dire 40 au lieu de 30) ; au-dessus des mollets, de 7 centimètres (soit 27 au lieu de 20), enfin, au dos du pied, de 3 centimètres (25 au lieu de 23). L'enflure remontait à six travers de doigt au-dessus du genou, mais en s'amoindrissant ; elle était uniforme, d'une consistance très-rénitente ; une pression très-forte, faite avec le bout du doigt, y laissait à peine de traces et ne causait pas de douleur. L'enflure du pied était séparée de celle de la jambe par un sillon très-profond.

D'après les explications de la jeune fille, nous devons croire que la maladie s'est développée à la suite de plusieurs attaques d'érysipèle ou de tympanite, qui, chaque fois, lui causaient de la fièvre, avec chaleur à la jambe, rougeur, douleur, plus un gonflement qui persistait, alors que les autres symptômes disparaissaient. Le premier accès avait eu lieu à l'âge de quatorze ans, le second à dix-sept, le troisième à dix-huit ans ; plus tard, les accès se répétèrent plus souvent, sans que la malade puisse en préciser le nombre et les époques. — Le soir, la jambe était toujours plus lourde et un peu plus enflée que le matin.

Cette enflure ayant augmenté très-sensiblement depuis trois mois, la jeune fille en fut effrayée et se fit recevoir à ma clinique.

Les belles guérisons d'éléphantiasis que M. Carnachan venait d'obtenir par la ligature de la fémorale, me donnèrent l'idée d'employer sur cette malade le nouveau mode de traitement. Cependant, le volume de la jambe n'étant pas arrivé au degré extrême qu'on observe quelquefois, bien que la maladie datât de six années, je voulus, avant d'entreprendre une opération sanglante, essayer si je ne pourrais peut-être pas en obtenir la guérison par la compression digitale de la fémorale. Ce moyen me parut, par son innocuité même, devoir primer tous les autres, dût-il prolonger bien plus le traitement que la ligature de la fémorale, dont je restais toujours maître de faire usage en dernier ressort.

Voulant m'éviter toute illusion sur les effets que je pouvais obtenir par cet essai, j'ai d'abord fait garder pendant vingt jours constamment le lit à cette malade, sa jambe étant bandée et sur un plan incliné, afin de ne pas attribuer à la compression digitale des résultats dus seulement au repos horizontal et au bandage compressif.

Au bout de ces vingt jours, le membre ne présentait pas de

changement notable; son volume était le même que si la malade ne se fût reposée qu'une nuit. Le bandage compressif assez serré, que nous lui avions appliqué, avait causé plusieurs fois des douleurs au coude-pied.

Après quelques jours, pendant lesquels je permis à la malade de se lever et de marcher sans bandage, le 13 mars, soit environ un mois après son entrée, je fis commencer la compression digitale, en ne l'ordonnant que pendant le jour, afin de ne pas troubler le sommeil de la malade.

Dès les neuf premières heures de compression, nous trouvâmes les téguments de la jambe moins foncés en couleur et plus souples; la malade trouve aussi son membre moins lourd.—Les 14, 15 et 16 mars, on fait à peu près douze heures de compression; le 17, deux heures seulement, attendu que la malade commence à se plaindre de douleurs à l'endroit où elle s'exerce, et qu'une légère rougeur se montre sur ce même point. — Je dois noter que chez cette malade, la compression présenta certaines difficultés, à cause de son embonpoint, la délicatesse de la peau de l'aine, enfin, à cause de la faiblesse des battements de son artère fémorale, qui nous laissait quelquefois difficilement apprécier si elle était bien faite.

Le 18 mars j'examinai la jambe et je fus fort étonné des modifications très-sensibles qu'elle nous offrait: sa circonférence avait diminué de deux centimètres, la dureté des téguments était beaucoup moindre: en saisissant le mollet, la peau faisait déjà de petites rides; par la pression, le doigt laissait un enfoncement assez profond. Un phénomène inattendu et singulier nous surprit tout particulièrement: c'est qu'à la face interne et postérieure du mollet on voyait des « traînées blanchâtres, » qui faisaient contraste avec la couleur sombre du reste des téguments. Les « vergetures » rappelaient exactement celles qu'on observe sur « le ventre des accouchées. »

Du 17 au 21 mars on ne fit pas de compression pour laisser la peau de l'aine reposer. Durant ces jours je ne voulus pas regarder la jambe pour mieux juger si elle n'avait pas perdu l'amélioration que nous y avions remarquée. A l'examen fait le 21, je fus très-agréablement surpris de constater une amélioration progressive surprenante: la mollesse des téguments avait encore augmenté, ils étaient mous, le doigt y faisait un enfoncement profond avec une pression modérée, on pouvait déjà distinguer un peu la tête du tibia; en tenant soulevée la jambe et en lui imprimant des secousses on voyait tremblotter un peu le mollet; les vergetures blanchâtres persistaient toujours, la rainure du coude-pied était moins profonde; la malade était très-gaie du mieux qu'elle-même constatait.

Malheureusement, le traitement a dû être suspendu du

25 mars au 31 avril; la malade, habituée à une vie active, était prise de céphalalgie intense et de fièvre, dès que son séjour au lit se prolongeait plusieurs jours.

Le 1er mai, sa santé étant depuis deux semaines en bon état, on reprit la compression, que l'on fit douze heures pendant quatre jours, avec amélioration très-manifeste de l'état de la jambe. On appliqua alors un bandage amidonné, et on permit de nouveau à la malade de se lever. Après six jours, nous fûmes obligés de tendre l'appareil pour le rétrécir.

Au bout d'un mois et demi, pendant lequel nous avions eu soin de serrer toujours plus le bandage, la malade, s'en trouvant très-bien, parce qu'il lui permettait de marcher et d'agir, nous demanda de quitter la clinique pour aller reprendre son service. Nous acquiesçâmes à sa demande, en lui enjoignant de continuer de serrer le bandage dès qu'elle le sentirait trop large et de revenir à la clinique pour le renouveler quand il serait usé.

Cette jeune fille vint se faire voir plusieurs fois dans le cours de l'année (1861). Nous trouvâmes que son amélioration, ou, pour mieux dire, sa guérison relative, vraiment surprenante, persistait. Depuis lors je l'avais perdue de vue, et je regrettais beaucoup de n'avoir pu suivre les résultats « définitifs » de son traitement, lorsque, heureusement, le 6 mars 1864, c'est-à-dire presque trois années après sa sortie, cette fille vint de nouveau à la clinique pour visiter une de ses amies. Enchanté de pouvoir constater l'état de sa jambe, nous en fîmes de suite l'examen: nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, que son éléphantiasis avait « complétement disparu, » et que sa jambe droite, dont la peau pouvait être soulevée en plis minces, présentait même un léger « degré d'atrophie » relativement à l'autre. — La jeune fille nous dit qu'elle se trouvait en cet état depuis longtemps et qu'elle n'avait jamais cessé de se bander, comme nous le lui avions conseillé. Elle avait, en effet, sa jambe enveloppée d'un bandage très-bien confectionné, composé de tours de bande cousus les uns sur les autres, et recouverts d'empois. Elle changeait cet appareil tous les quinze ou vingt jours.

Le nombre des guérisons obtenues par la ligature de l'artère fémorale est déjà assez considérable pour ne plus laisser de doutes sur l'efficacité de cette méthode. Elle mérite réellement d'être considérée comme une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. La science et l'humanité doivent donc être reconnaissantes à M. Carnachan (de New York), de son heureuse idée d'intercepter le cours du sang, dans le vaisseau principal du membre, contre une maladie qui, jusqu'alors, était réputée incurable et, d'ordinaire, plaçait le malade dans une

situation très-pénible et grave. Je dois cependant faire observer que M. Frayer (de Calcutta) (1) a perdu son malade, de pyémie, trois semaines environ après l'opération. — Si de nouvelles observations viennent prouver que la guérison de cette maladie a lieu au moyen de la simple compression digitale, on comprend quel immense avantage il y aura, pour les malades, mis ainsi à l'abri des dangers inhérents aux opérations sanglantes. Nous croyons donc devoir recommander aux chirurgiens d'essayer d'abord de la compression digitale.

COMMUNICATION.

M. Drouineau présente à la Société plusieurs échantillons de calculs vésicaux et relate les observations suivantes, qui sont empruntées à un travail qui sera publié ultérieurement.

Obs. I. — 1° Calcul uréthral, irrégulier et rare, développé dans les régions prostatique et membraneuse, dont il a pris la forme et la courbure. Sans adhérence.

2° Calcul vésical de six centimètres sur cinq, volumineux, qui s'est accru dans une vessie profondément altérée, avec des adhérences certaines.

M....., ex-sous-officier de cavalerie, 59 ans, avait, dès sa tendre jeunesse, des symptômes de dysurie, et rendait parfois des graviers. Il s'engagea dans la cavalerie et fit des campagnes ; au corps, on le traita pour un catarrhe vésical avec dysurie, compliqué de rétrécissement uréthral par divers moyens. De plus en plus malade, il fut réformé. Il vint à La Rochelle ; il éprouvait alors de grandes difficultés à uriner ; il se servait de sondes très-fines.

Il vint me consulter le 20 février 1852. Après renseignements pris, je proposai le cathétérisme ; une petite sonde métallique rencontra facilement un corps étranger dans la partie membraneuse, qui s'opposa à son passage. Un examen du périnée me fit connaître que ce calcul s'étendait du bulbe au col de la vessie.

A quelques jours de là, je fis, avec l'assistance de plusieurs confrères, une taille uréthrale facile et sans accident. La pierre extraite, j'explorai la vessie ; une sonde moyenne ne pénétra pas complétement ; un calcul très-volumineux la remplissait. Point d'urine ; injection impossible. Je crus à une pierre volumineuse adhérente. Mes confrères et moi jugeâmes

(1) « Edinburgh med. » : journ. novem. 1865. — « Gazette des hôpitaux », n° 126, 26 octobre 1867.

toute opération impossible. La plaie uréthrale guérit à l'aide de sondes à demeure.

Quelque temps après, il se développa chez ce malade, dont la santé était gravement altérée, une bronchite chronique purulente à laquelle il succomba, plusieurs mois après son opération.

Un examen de la vessie nous fit reconnaître que cette pierre était réellement adhérente à la membrane muqueuse, épaissie, ulcérée ; que de petites végétations pénétraient, évidemment, dans les petites cavités de la substance calcaire. A l'aide des doigts, je parvins, avec peine, à extraire ce calcul de cette vessie profondément altérée.

Obs. II. T...., 22 ans, calcul de six centimètres sur trois, de forme très-irrégulière.

Le jeune T.... fut pris, dès son enfance, de dysurie grave, causée par une chute sur le périnée, qui avait déterminé un rétrécissement uréthral. — Il éprouva fréquemment des symptômes de cystique chronique. La dysurie s'aggrava de plus en plus. Je parvins à dilater le canal, pour pratiquer le cathétérisme. — La sonde métallique me fit découvrir un autre obstacle au col, obstrué en partie par un calcul. Je le repoussai dans la vessie ; je fis une injection, et le lithomètre mesura une pierre de six centimètres. La lithotritie fut jugée impossible ou trop difficile. Une taille bilatérale fut faite ; l'opération fut courte et heureuse, quoique l'extraction de cette pierre, engagée dans le col, présentât quelques difficultés. Aucun accident, aucune complication ne survinrent pendant les quinze premiers jours. — La plaie, en grande partie cicatrisée, les urines passaient par le canal; mais, bientôt, il se manifesta des symptômes d'une affection pulmonaire des plus graves, et, trois mois après, T.... succombait à une phthisie caractérisée. On ne permit pas l'examen de la vessie. Lors de l'opération, après l'extraction de la pierre, j'introduisis mon doigt jusque dans la vessie, et j'acquis la certitude d'une altération profonde de la muqueuse vésicale par le séjour prolongé de la pierre.

Obs. III. A...., capitaine de port à Saint-Denis (île d'Oléron), 70 ans, portait, depuis cinq ans, un calcul qui, mesuré au lithomètre, avait 7 centimètres sur quatre. Du 12 novembre au 9 décembre 1862, il supporta douze séances de broiement, qui furent faciles et heureuses par le résultat. Ce marin, de nature très-irritable, fut pris d'un tel accès de nostalgie, qu'il fut obligé de retourner dans son île avant l'extraction complète de sa pierre. Il ne revint que sept mois après, dans un tel état de souffrance et la vessie tellement malade et irritée que la lithotritie n'était plus praticable.

Une taille bilatérale fut pratiquée; l'opération n'offrit aucun incident remarquable; elle donna pour résultat la sortie facile de sept petites pierres. La cicatrisation s'est effectuée sans accident, et le malade revint à un état parfait de santé.

L'examen de ces petites pierres nous a présenté quelques phénomènes assez rares à constater. L'une d'elles a été cassée, et l'on trouva à son centre un fragment du calcul broyé, qui lui a servi de noyau. Sans aucun doute, chaque pierre a été formée de la même manière. Toutes ces petites pierres ont pris un volume et une forme différents, suivant la grosseur du fragment, et cela dans l'espace de sept mois.

M. A.... conserve une excellente santé; en m'envoyant dernièrement ces petites pierres, qu'il conserve précieusement, il m'a appris qu'il y a quinze mois il eut un accès de colique néphritique qui eut pour terminaison la sortie d'un petit gravier rougeâtre.

Obs. IV. P...., propriétaire, 70 ans, habitant la campagne, à la ville pour ses affaires, éprouva, sans beaucoup de souffrance, une dysurie très-grande; je le sondai immédiatement avec une sonde de gomme; en rétirant ma sonde avec lenteur, j'eus la sensation d'un corps étranger, situé derrière le col. Je fis une injection avec une sonde métallique; malgré quelques recherches, je ne trouvai pas la pierre. Je pris un brise-pierre lithomètre, et je saisis facilement une petite pierre, de trois centimètres, que je broyai de suite. — Deux autres séances ont suffi pour délivrer la vessie du petit calcul.

Depuis ce fait, deux autres se sont présentés et m'ont donné le preuve que le cathétérisme explorateur, avec la sonde, devient souvent insuffisant à trouver les corps étrangers; que les recherches avec le brise-pierre sont préférables.

M. Marjolin insiste sur la gravité des affections rénales dans le traitement des maladies calculeuses. Il profite de l'occasion pour prier M. Legouest de relater une observation de blessure du rein gauche par arme à feu.

M. **Legouest.** — J'ai été à même de constater la guérison d'une plaie du rein par coup de feu, pendant la campagne d'Orient; en voici l'observation, telle que je l'ai recueillie :

Le sieur Delos, fusilier au 6me de ligne, né à Sissiac (Ardèche), 26 ans, blessé devant Sébastopol le 5 novembre 1864, entre dans mon service le 21.

Coup de feu ayant fracturé comminutivement la cuisse gauche vers le tiers supérieur. — Second coup de feu traversant l'hypochondre gauche.

Diarrhée. Vives douleurs de ventre. Fièvre ardente. Teinte jaune de la peau.

Extraction des esquilles. Membre placé sur un plan incliné. — L'indocilité du malade oblige à laisser le membre sans appareil. Opium à hautes doses. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

A la date du 7 décembre : Alternatives de bien et de mal. La plaie antérieure de l'abdomen est cicatrisée.

10 décembre. Recrudescence de vives douleurs à l'épigastre.

28 décembre. Envies de vomir. Teinte terreuse de la peau. Un peu de fièvre le soir. Douleurs épigastriques. Les plaies de l'abdomen sont cicatrisées toutes deux. Suppuration abondante de la fracture de la cuisse.

5 janvier 1865. Etat général mauvais. Néanmoins la fracture de la cuisse est à peu près consolidée ; cal énorme ; trajets fistuleux multiples ; suppuration modérée. Difformité de la cuisse en Y ; le malade n'ayant jamais voulu supporter un appareil.

Le 10 janvier. Mort d'infection putride.

Autopsie. — Cal très-volumineux, peu solide, renfermant encore de nombreuses esquilles baignées dans la suppuration.

Le coup de feu de l'abdomen n'a pas pénétré dans le péritoine. — Adhérences nombreuses du rein gauche avec les parties voisines.

Le rein présente une cicatrice considérable vers son milieu ; elle offre une dépression centrale d'où partent cinq ou six rayons en étoile, comme si le tissu de l'organe avait éclaté sous l'action du projectile ; la dépression centrale et les rayons qui en émanent sont constitués par du tissu fibroïde, blanc, et très-résistant.

Le blessé n'avait jamais rendu du sang par l'urèthre, ni d'urine par les plaies de l'abdomen.

M. **Guyon**. Dans une recherche, portant sur un grand nombre d'observations, j'ai pu m'assurer que, dans les contusions étendues, la lésion simultanée de la rate et du rein gauche pouvait être considérée comme la règle presque absolue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1867.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :
— Les journaux de la semaine.
— Gazette des Hôpitaux.
— Union médicale.
— Gazette hebdomadaire.
— Médecine contemporaine.
— Le Bulletin de thérapeutique.
— Archives générales de médecine, novembre 1867.
— Revue médicale de Toulouse, octobre 1867.
— Union médicale de la Provence, octobre 1867.
— Journal de médecine de l'Ouest, Nantes, octobre 1867.
— Des bains de mer, hygiène générale de santé publique, par M. le Dr Payan (d'Aix).
— De l'anthrax et du traitement le plus rationel à lui opposer, par le même auteur.
— Osservazione di cefalotrissia per dissetto grave alla conjugata sacro publico, par le Dr Chiara (de Parme).
— Rapport sur les cas de mort survenus à Lyon depuis la découverte de l'anesthésie, et qui peuvent être mis à la charge de l'éther, par le Dr Gayet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Lyon.

Mémoire sur un nouveau procédé d'amputation du pénis

Par M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Pour prévenir l'atrésie de l'urèthre à la suite de l'amputation du pénis, on doit chercher à reproduire les conditions normales du méat urinaire;

2° Ce but peut être atteint en formant deux lambeaux larges

et épais, aux dépens de la muqueuse et du tissu spongieux qui la double extérieurement. Ces lambeaux sont ensuite rabattus sur le moignon et fixés dans cette nouvelle position au moyen des serre-fines ou de la suture métallique ;

3° En procédant de la sorte, on reporte en dehors la ligne de cicatrisation de la plaie, on permet aux lèvres du nouveau méat d'être attirées dans ce dernier sens par la rétraction du tissu cicatriciel, et on éloigne ainsi les chances de coarctation consécutive ;

4° La division longitudinale de la verge rend la formation de ces lambeaux très-facile et n'allonge pas beaucoup l'opération ;

5° Cette méthode permet, en outre, de constater avec plus de facilité l'étendue de la dégénérescence dans les cas de cancer ;

6° L'écrasement linéaire présente des avantages pour la section des corps caverneux, les autres temps de l'opération (division de la verge, taille des lambeaux, division circulaire des téguments) doivent être pratiqués par l'instrument tranchant.

M. Giraldès. Parmi les pièces de la correspondance se trouve le rapport de M. Gayet (de Lyon). Je crois, pour ma part, que les cas de mort résultant de l'emploi de l'éther sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement. La Société médicale de Boston en a signalé 40 exemples. Dans mon article «Anesthésie, du Dictionnaire,» j'ai fait remarquer que les partisans de l'éther faisaient tous leurs efforts pour innocenter cet agent anesthésique ; il n'est point douteux que si l'on procédait de la même manière, on arrivât à décharger le chloroforme d'un bon nombre de morts qui peuvent être attribuées à des lésions organiques préexistantes. Je me résume en disant que l'éther n'est peut-être pas un agent aussi inoffensif qu'on semble vouloir l'établir.

COMMUNICATION

Observations diverses de pratique chirurgicale

M. Vanzetti fait la communication suivante :

L'essor que l'ovariotomie a pris en Europe depuis quelques années, est dû surtout à la savante et courageuse impulsion que lui a donnée M. Clay (de Manchester), car, déjà en 1843, il avait

fait cette grande opération une vingtaine de fois, avec des résultats très-encourageants.

Ayant assisté, il y a vingt-quatre années, à plusieurs des opérations faites par cet habile chirurgien, et vu guérir plusieurs de ses opérées, j'eus la conviction que cette opération serait légitimement admise dans la pratique chirurgicale, malgré l'opposition qu'à cette époque la majorité des chirurgiens manifesta contre elle.

Je l'ai donc proposée à toutes mes malades chez lesquelles les kystes ovariques qu'elles portaient me paraissaient indiquer l'opération, et l'ai pratiquée sur toutes celles qui consentirent à la subir.

Le nombre de ces malades se borne à trois : j'opérai la première, en 1846, à Charkoff (Russie), la seconde à Padoue, en 1859, la troisième à Vérone, en 1860. Chez toutes mes trois opérées, le kyste était multiloculaire, d'un énorme volume, avec un état général ne laissant aucun doute sur l'issue fatale de la maladie, si l'on n'intervenait pas par une opération radicale.

Malheureusement, aucune de ces ovariotomies n'a été couronnée de succès. Toutes les malades supportèrent très-bien l'opération, donnant, pendant les premiers jours, l'espoir d'un succès. Je perdis ma première opérée le huitième jour; la seconde, le vingt et unième ; la troisième, le septième. La seconde de ces malades présenta, après l'opération, des complications très-extraordinaires. Les lésions extrêmement graves trouvées dans les viscères abdominaux après la mort, sont bien propres à exciter notre étonnement, en montrant à quel point de tolérance peuvent arriver certaines personnes, dont la vie persiste pendant quelque temps, alors que chez d'autres, elle s'éteint précipitamment avec des lésions à peine sensibles sur le cadavre.

Malgré ces trois revers, j'ai continué à considérer l'ovariotomie comme une opération éminemment utile, et les succès qui, depuis peu d'années, se multiplient de plus en plus, ne peuvent, naturellement, que m'affermir dans cette croyance.

Je n'hésiterai donc pas à l'entreprendre encore toutes les fois que mes malades se présenteront affectées de kystes ovariques mettant leur existence en péril ; mais je crois devoir m'abstenir d'opérer, lorsque les femmes ont des kystes de médiocre volume,

stationnaires ou lentement progressifs, et que l'état général permet de pronostiquer une santé relativement tolérable pendant quelques années. Il est certain qu'une opération entreprise dans ces dernières conditions aurait de bien meilleures chances de réussite ; mais, quoique l'expérience prouve aujourd'hui que l'ovariotomie soit moins dangereuse que plusieurs des grandes opérations chirurgicales admises depuis longtemps dans la pratique, l'incertitude du succès me paraît devoir ne l'indiquer positivement que lorsque le danger est réel et éminent.

Si je publie aujourd'hui ces trois observations d'ovariotomie, c'est uniquement pour compléter la statistique de cette opération. Je ne pense pas que ces trois insuccès puissent lui faire du tort, son mérite étant actuellement reconnu.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort le huitième jour.

En mai 1846, une dame de la province de Ekaterinoslaw vint à Charkoff me consulter, pour une énorme tumeur abdominale.

Cette dame avait 29 ans, était d'une taille élancée et très-maigre, d'une constitution délicate, très-nerveuse et très-intelligente, mariée depuis quatre ans, et sans enfants. Les règles étaient supprimées depuis environ douze mois. Le développement du ventre au début, il y a deux ans, allait toujours progressivement.

A l'examen, je trouvai une tumeur élastique, bosselée, occupant toute la cavité abdominale, et dépassant les hypochondres. De l'appendice xyphoïde au pubis, je trouve quatre-vingts centimètres. Matité générale : le nombril est proéminent, sous forme de petite hernie, remplie par du liquide péritonéal. La tumeur a déprimé la paroi supérieure du vagin. La malade n'a jamais ressenti aucune espèce de douleurs dans le ventre ; elle n'a pas d'œdème aux membres inférieurs.

Un amaigrissement et affaiblissement progressifs et très-marqués, joints à une gêne extrême résultant du volume considérable de son abdomen, ont jeté cette jeune femme dans un état d'affliction d'autant plus grand qu'elle s'est formé une juste idée de la gravité de sa situation, et qu'elle désespère de jamais guérir, vu l'inutilité de tous les traitements employés sur elle.

Je pensais que l'ovariotomie pouvait être faite ; car le développement lent et sans accidents de péritonite, faisait supposer l'absence d'adhérences de la tumeur, et l'état de la malade indiquait une issue fatale comme certaine, si on n'agissait pas.

Je ne crus pas que le volume extrême de la tumeur, et la nécessité d'une plaie très-étendue fussent une contre-indication, ayant vu des ovariotomies réussir pour des tumeurs plus volumineuses encore, chez le Dr Clay.

Je fis comprendre à cette dame que l'unique moyen capable de la guérir serait d'enlever sa tumeur par une opération, dont je ne crus pas devoir lui cacher les dangers et les incertitudes. — Dès qu'elle entrevit la possibilité d'une guérison, malgré toutes les chances fâcheuses dont elle pouvait être menacée, cette dame se ranima soudain, l'espoir brilla sur sa figure, et, d'un ton résolu, elle m'imposa presque l'ordre de l'opérer dès le lendemain.

Surpris de son courage, je lui expliquai que cette opération demandait certains soins et préparatifs spéciaux; qu'il fallait qu'elle fît venir ses parents, et surtout sa mère, pour la soigner; je tenais à avoir d'ailleurs leur consentement particulier.

Ses parents étant arrivés, et toutes choses ayant été arrangées selon mes désirs, je procédai, le 16 mai 1846, à l'opération, dans une maison particulière, en présence des docteurs Hahn, professeur d'accouchements; Albracht, professeur de clinique médicale; Kalinicknko, professeur de physiologie; enfin Rindowsky, agrégé à la Faculté de Karnoff, et d'autres praticiens de la ville.

Je fis la grande incision, telle que je l'avais vu faire au Dr Clay, commençant à quatre doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde et se prolongeant jusqu'au pubis. Les lèvres de cette longue plaie s'écartent presque spontanément, et l'immense tumeur, qui n'était retenue par aucune adhérence, cédant à une légère traction, sort très-facilement de la cavité abdominale, bien maintenue par des aides. Elle tenait, par un long pédicule de la grosseur du petit doigt, à l'ovaire droit. J'étreignis fortement ce pédicule dans un fort cordonnet de soie, puis j'en fis la section près du kyste. La plaie fut réunie très-exactement par des points de suture entortillée, rapprochés et comprenant le péritoine; l'extrémité du cordon fut fixée à l'angle inférieur de la plaie.

La malade supporta cette opération avec un courage surprenant, sans avoir laissé échapper une plainte et sans s'évanouir. Elle fut remise dans son lit, après qu'on eut appliqué sur le ventre une couche de coton cardé, maintenu par un bandage de corps assez serré.

17. La nuit a été satisfaisante; le ventre est souple; la malade n'y ressent que de légères douleurs; le pouls est petit, à 105; mais il y a beaucoup de faiblesse.

18. La réaction est très-modérée; le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux; mais la physionomie de la malade est

abattue; elle se plaint de sa prostration et de quelques nausées, n'a point d'appétit; le pouls bat 115.

19-24. L'affaissement continue; les nausées persistent, et la malade est prise quelquefois de hauts-de-cœur. Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus fréquent; le ventre est un peu ballonné et sensible; la prostration des forces augmente toujours, et la malade s'éteint le huitième jour après son opération. Son intelligence s'est conservée intacte jusqu'au dernier moment.

L'autopsie ne put être faite.

La tumeur enlevée pesait cinquante-cinq livres médicinales russes; elle était formée d'une multitude innombrable de petits kystes à parois assez minces. Le professeur Hallizki a bien voulu en faire une belle préparation sèche, que j'ai déposée dans le musée pathologique de ma clinique, à Charkoff.

Cette ovariotomie a été la première faite en Russie.

Obs. II. —**Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Mort le vingt et unième jour.**

M... Thérèse, servante, non mariée, taille moyenne, constitution détériorée, 28 ans, est reçue dans ma clinique le 24 novembre 1858.

Elle a eu le choléra en 1855. Ses règles ont été toujours irrégulières et manquent totalement depuis sept mois. Depuis février 1858, elle s'aperçoit de l'accroissement du volume de son abdomen à l'étroitesse de ses robes. Au mois de mars, elle éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre et se fait admettre à l'hôpital, où elle reste plusieurs mois. L'application de sangsues (60 en plusieurs fois), de cataplasmes, et quelques purgatifs eurent raison de ces douleurs; puis, comme on avait reconnu la présence d'un kyste de l'ovaire volumineux, on fit, le 22 septembre, une première ponction à gauche, donnant issue à 12 litres, au moins, d'un liquide gluant, semblable à du miel, par sa couleur et sa densité (1).

Malgré cette ponction, le volume de l'abdomen resta égal à celui d'une femme enceinte de cinq mois.

Huit jours plus tard, on fait une seconde paracentèse du côté opposé (à droite), mais sans obtenir de liquide; répétée dans

(1) Cette operation a été relatée par le Dr F. Mendini, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale à Pavie, en 1860.

un point différent et peu éloigné, on obtient alors un litre d'un liquide semblable à de la colle d'amidon filante, et une petite diminution de volume du ventre, lequel, au bout de deux mois, revient au volume pathologique qu'il avait avant la première ponction. C'est alors qu'elle est admise dans la clinique de chirurgie.

L'examen nous fait reconnaître également un kyste de l'ovaire, divisé en deux tumeurs, une droite et une gauche, d'un volume considérable, La malade souffre davantage couchée que dans la station verticale ; elle se plaint surtout du volumc et du poids de son ventre, qui, dans sa plus grande circonférence, mesure 109 centimètres.

L'appendice xyphoïde est proéminent, repoussé en avant formant un angle de 60 degrés.

Le 3 décembre, la circonférence de l'abdomen a cncore augmenté et mesure 112 centimètres. Les jambes commencent à devenir œdémateuses.

Le 11 décembre, la circonférence abdominale égale 114 centimètres. On fait une ponction sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessous du nombril, qui donne issue à 11 litres d'un liquide ayant les apparences de l'huile d'olive. Malgré cette opération, le volume reste presque le même ; mais on peut mieux reconnaître par la palpation les inégalités et l'élasticité rénitente du kyste.

15 janvier 1859. L'enflure a repris ses dimensions primitives (114 centimètres). L'œdème des membres inférieurs est augmenté ; la malade se plaint beaucoup de la gêne qu'elle éprouve, ne pouvant trouver une position qui lui permette de dormir ou de respirer facilement.

Le 27 janvier, nouvelle (et quatrième) paracentèse, donnant issue à 11 litres et demi de liquide encore semblable à de l'huile.

24 mars. Les souffrances sont telles que la malade réclame d'elle-même l'ovariotomie proposée dès son entrée dans la clinique.

Les dimensions du ventre sont aujourd'hui de 65 centimètres, d'une épine iliaque antérieure à l'autre ; de l'appendice xyphoïde au pubis, 71 centimètres ; du nombril à l'épine iliaque antérieure et superieure droite, 34 centimètres ; à la gauche, 40 centimètres.

La circonférence abdominale totale, au niveau du nombril, 130 centimètres.

Nous procédons à l'opération le 26 mars 1859, vers onze heures, en présence de la plupart des professeurs de la Faculté, des élèves et docteurs de la ville, car c'est la première ovariotomie exécutée en Italie.

La vessie est vidée ; puis je pratique une incision de 10 centimètres, à partir du nombril, sur la ligne blanche, pénétrant couches par couches dans la cavité abdominale.

La tumeur est à découvert : la main, introduite par l'incision, trouve à droite et à gauche des adhérences facilement lacérées. J'agrandis alors l'incision, jusqu'à un travers de doigt du pubis, et, en haut, de 10 à 12 centimètres au-dessus du nombril.

Mais la tumeur étant trop volumineuse pour sortir par cette large incision, on la ponctionne avec un gros trois-quart en plusieurs points sans rien obtenir, vu que la consistance épaisse et gluante comme gélatineuse, du liquide, l'empêche de sortir. J'introduisis ma main droite dans le fond du petit bassin, la glissant sur la face antérieure, puis au-dessous de la tumeur; je pus alors la soulever et en amener dehors toute la moitié inférieure. La partie supérieure du kyste put être dégagée facilement de la cavité abdominale, n'étant retenue par aucune adhérence.

Cette immense tumeur une fois sortie du ventre, et soutenue par plusieurs aides, on vit qu'un pédicule, du volume du doigt, la reliait d'une part à l'ovaire droit, et que, de ce point pour aller à la tumeur, il envoyait une expansion membraneuse mince qui s'y étalait en forme d'éventail. Cette membrane fut incisée par deux coups de ciseaux, puis le pédicule, après avoir été transpercé en son milieu par une aiguille armée de deux forts cordonnets de soie, fut étreint fortement entre deux ligatures.

On enlève alors le kyste en sectionnant le pédicule au-dessus de la double ligature, dont les chefs sont placés vers le pubis. On absterge ensuite la cavité abdominale de la petite quantité de sang qu'elle contenait, et on réunit les deux lèvres de la plaie par six aiguilles d'argent qui traversent le péritoine, et autant de points de suture ne comprenant que les couches superficielles.

Le pédicule est fixé en bas par le dernier point de suture. La malade, non chloroformée, a supporté l'opération sans défaillances, quoique, un quart d'heure après, elle fût très-faible et

eût besoin d'être aspergée d'un peu d'eau froide. On applique un bandage de corps maintenant des compresses trempées dans une infusion d'arnica.

Rapportée dans son lit vers midi, elle éprouve, un quart d'heure après, des envies de vomir passagères. Le soir, elle est mieux; moins faible, assez gaie, son pouls très-variable, étant tantôt à 107, ou à 116, ou à 125. Vers minuit, elle se plaint de douleurs abdominales.

27 mars. Facies abattu, l'œil languissant, le pouls plus soutenu qu'hier, à 106. Elle est couchée toujours sur le côté droit, et, dans cette attitude, son ventre ressemble, quoique bandé, à une *immense vessie à demi vide*. Les douleurs éprouvées actuellement par la malade lui semblent moins fortes que celles ressenties autrefois. Pas de nausées ni vomissements. Le soir, le pouls est à 112.

28 mars. La malade n'a pas de fièvre de réaction; elle a un peu reposé la nuit. Le ventre donne un peu de résonnance à la percussion, sans être ni ballonné ni sensible à la pression. Le pouls est à 126. La malade se plaint par moments d'éprouver des coliques; elle se tourne seule, tantôt sur le côté gauche, tantôt sur le côté droit. Nausées vers le soir.

29 mars. Grande faiblesse ce matin, avec quelques envies de vomir; pas de chaleur à la peau; langue humide; pouls 112-120. — Douleurs de ventre du côté droit, sur lequel la malade se couche de préférence. Sensibilité avec un peu de tympanite de l'abdomen. Vers neuf heures du soir, la malade se sent mieux; elle est plus gaie. Prise d'une fausse envie d'aller à la selle, elle voudrait se lever; on administre un lavement émollient. Envies de vomir toutes les fois qu'elle prend quelque liquide.

30 mars. Le sommeil a été interrompu par de fréquentes envies de vomir, même sans rien prendre. Il y a quelques secousses de hoquet. Le météorisme a un peu augmenté. Les douleurs sont ressenties plus vivement vers la vessie que dans les autres parties du ventre. La malade réclame l'aide d'une sonde, qui permet d'évacuer une grande quantité d'urine.

A quatre heures après midi, je la trouve très-faible, pleine d'anxiété, avec la peau chaude, en pleine fièvre de réaction; le pouls est plus fort, à 115-130.

J'ordonne une onction avec l'onguent napolitain sur tout le ventre, que l'on recouvre ensuite d'une couche de glace pilée retenue entre deux linges.

Vers sept heures, une selle liquide spontanée, un peu fétide, suivie, deux heures après, d'une légère amélioration dans l'état de la malade.

31 mars. Nuit agitée avec intervalles de sommeil; deux selles spontanées, diarrhéïques. Vers cinq heures du matin, la malade prend, sur sa demande, un peu de café et de pain. A six heures, je la trouve avec le pouls à 104; le ventre moins météorisé, supportant dans toute son étendue une pression modérée; il est flasque et pendant du côté où est couchée la malade.

Vers sept heures, le pouls n'a plus que 96. — A dix heures, la malade ressent une grande chaleur interne, des douleurs dans tout le corps, surtout à l'épine dorsale; elle se couche maintenant plutôt sur le côté gauche.

On réapplique de la glace pilée sur le ventre pendant une heure; elle est supprimée à cause de la vive sensation de froid général qu'éprouve la malade.

De quatre à huit heures du soir, augmentation de la chaleur de la peau; pouls à 108; le ventre supporte une pression modérée; une selle liquide, quelques envies de vomir.

A dix heures du soir. La malade gémit beaucoup; on trouve au niveau de l'avant-dernier point de suture en bas un pertuis, par lequel sort un liquide couleur de café noir un peu fétide. —Une pilule d'un centigramme de morphine.

1er avril, sept heures. Ce matin, à la visite, la malade dit avoir passé une excellente nuit avec rêves agréables. Physionomie bonne, chaleur naturelle, pouls 110, deux selles diarrhéïques, dans la nuit : deux vomissements au moment de notre interrogatoire.—Tendance à de la chaleur exagérée.

A dix heures du soir, je puis facilement et sans douleurs comprimer le ventre pour faciliter la sortie du liquide brunâtre qui y est contenu. Elle me réclame de la morphine, se sentant capable d'aller en chercher, si je lui refusais.

2 avril. Sommeil interrompu par des douleurs vives, des brûlures vers la région mammaire droite. Je trouve la malade assoupie, avec des contractions spasmodiques de temps à autre, aux commissures des lèvres et au front. Elle continue à se plaindre de brûlures dans le ventre. Pouls à 112, teinte terreuse de la peau,—plaie cicatrisée; les sutures sont enlevées, et remplacées par des bandelettes de sparadrap. Elle vomit plusieurs fois dans la journée, et va très-mal; de huit heures à dix heures du soir, elle va mieux, est plus gaie, plaisante même;

elle a une selle avec des vents. Je puis presser sur le ventre sans causer de douleurs; il reste souple, et permet à la malade de rester couchée sur le côté. — Une pilule morphine 0,01.

3 avril. La malade a dormi plusieurs heures, physionomie bonne ce matin, une selle endiarrhée jaune verdâtre : elle ne se plaint plus de douleurs, à peine quelques envies de vomir; pouls à 115-120, chaleur modérée, la langue reste toujours humide comme auparavant. On peut exercer une pression forte sur le ventre sans amener de douleurs.

A huit heures du soir, la malade se félicite de sa bonne journée; elle est toujours couchée sur le côté, tantôt droit, tantôt gauche, ne se plaint d'aucune douleur. L'abdomen est flasque, sans météorisme. Il y a eu encore plusieurs selles dans la journée.

4 avril. Nuit assez bonne, pas de vomissements, une selle, pas de douleurs au ventre, mais bien dans le reste du corps. Pendant la journée, il y a de la somnolence, la respiration s'accélère et devient tout à fait supérieure. Le pouls soutenu est à 115-120.

La malade se plaint de faiblesse, son ventre reste souple et indolore; par la pression, il sort par la partie inférieure de la plaie une cuillerée de matière gélatineuse gris cendré.

6 avril. La nuit a été agitée, tendances aux vomissements. Vers le matin, la malade est bien, même gaie, mais elle se plaint de douleurs générales, elle est fatiguée de rester couchée, l'émission de l'urine est accompagnée de sensations de brûlure.

7 avril. Etat général assez satisfaisant. Le ventre est tout à fait indolore, mais la malade est tourmentée par un ténesme vésical très-douloureux.

8 avril. Plaintes vives de douleurs générales avec anxiété et selles fétides. Physionomie abattue, pas de vomissements. — Pouls 120-126 — un moment à 144 : quarante respirations par minute. La vulve est couverte d'une membrane diphtéritique qui s'étend au mont urinaire.

9 avril. Nuit agitée, plusieurs selles liquides avec ténesme douloureux de l'anus et de la vessie. Les ligatures tombent toutes.

10 avril. Nuit plus calme, interrompue seulement par le ténesme vésical et anal. — Pouls 108-112. Quelques vomissements.

11 avril. La nuit a été tranquille, vomissements dans la journée. — Le soir grande faiblesse — pouls à 120, continuation du

ténesme vésical. La malade prend un verre de vin de Chypre avec plaisir.

Par l'angle inférieur de la plaie il sort des matières fécales :

12 avril. La nuit a été tranquille, mais la faiblesse est augmentée. Le vin de Chypre est pris avec plaisir, moins de ténesme vésical. Langue bonne. Le décubitus dorsal est préféré depuis hier. Pendant le sommeil, les contractions de la face revêtent les apparences du rire sardonique, la malade tombe dans le marasme.

13 avril. Ténesme vésical, diarrhée, la malade prend du Chypre et de la brioche. Même facies. L'inclinaison du corps à gauche et à droite fait sortir, par l'angle inférieur de la plaie, des matières fécales pâteuses, pas de douleurs dans le ventre.

14 avril. L'émaciation progresse, sommeil les yeux entr'ouverts, nez froid, langue toujours humide. Plaintes et gémissements, douleurs, surtout en urinant et vers la plaie, surtout lors du passage des matières fécales. La malade prend encore avec plaisir du Chypre, du café, du bouillon ; une selle, ventre souple, indolore.

15 avril. Affaissement considérable, pouls filiforme. La malade meurt à trois heures après midi, ayant conservé l'intégrité de son intelligence.

Autopsie.

Les viscères adhèrent aux parois antérieures du ventre et entre eux, excepté dans les régions sus-pubiennes, iliaques droites et gauches, et le long du côlon ascendant où il existe des exsudats epais et englobant des matières fécales, réunies sous forme d'une vaste poche. Tous les viscères abdominaux, et surtout l'intestin, sont soudés ensemble, par des dépôts fibrineux très-résistants surtout en certains points. Les intestins flasques, contenant peu de matières, présentent une multitude de perforations, qui vont depuis la grosseur d'un pois, jusqu'à présenter une perte de substance grande comme une pièce de 50 centimes. Les bords de ces ulcérations sont rouges et renversés en dehors. La muqueuse intestinale est pâle, excepté celle du cœcum et du côlon ascendant, qui prend les apparences propres de la dyssenterie au premier degré. On trouve un point gangréneux de la grosseur d'un haricot dans le côlon ascendant. Les reins sont anémiques, hypertrophiés. La membrane mu-

queuse des organes génito-urinaires, recouverte d'une exsudation jaune grisâtre peu adhérente, est facilement réduite en putrilage. — L'utérus adhère à la vessie, dévié à gauche, et recouvert d'exsudations fibrineuses et de matières fécales. — La trompe et le ligament large du côté droit sont adhérents à l'angle inférieur de la plaie, pas d'ovaire de ce côté. — Les artères et veines comprises dans la ligature présentent un volume double de celui du côté gauche, et sont obturées par des caillots solides. On trouve encore un vaste abcès de la longueur de la paume de la main, creusé sur la surface convexe du foie qui est en outre soudé au diaphragme par des exsudations fibrineuses, qui forment les parois de l'abcès.

Une collection purulente semblable est trouvée derrière la rate.

La tumeur, composée d'une infinité de kystes de différente grandeur, sans masses solides, pesait 50 livres (25 kilogrammes).—M. le Dr Brunetti, professeur d'anatomie pathologique, en a fait une belle préparation sèche, qui se conserve dans le musée pathologique de la Faculté.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort le septième jour.

Angela F......., 40 ans, de petite taille, mariée, depuis treize ans, à un négociant de Vérone, a eu un prèmier enfant en 1850, un second en 1853, un troisième en 1857.

Dans l'année 1858, son ventre a commencé à grossir ; elle crut être enceinte, ses règles ayant cessé. Au bout de neuf mois, n'étant pas accouchée et l'abdomen augmentant toujours, elle appelle le Dr Gelmi, chirurgien en chef de l'hôpital de Vérone, qui reconnut un kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade ressentait quelques douleurs vives, passagères, dans le ventre, dont le volume, en 1859, l'empêchait déjà de s'occuper de son ménage, et l'obligeait de rester étendue toute la journée dans un fauteuil. Depuis le commencement de la maladie, il y avait, de temps à autre, des vomissements durant deux à trois jours. Appelé en consultation, je vis cette malade le 3 septembre 1860. Le volume de l'abdomen était énorme; il mesurait, de l'appendice xyphoïde au nombril, quarante-six centimètres, et trente-six centimètres du nombril au pubis. Sa circonférence était, au

niveau du nombril, d'un mètre quarante-quatre millimètres. L'état général était assez satisfaisant, les forces en assez bon état.

Le résultat de la consultation fut d'opérer.

Au bout de quinze jours, la malade, qui avait d'abord hésité, souffrant davantage, et convaincue de l'impuissance de toute espèce de remèdes, se décide, pleine de courage, à se faire opérer. Je me rendis à Vérone chez la malade le 18 septembre, accompagné du Dr Pastorello, professeur d'accouchement à l'université de Padoue et du Dr Vecelli, alors mon chef de clinique. L'opération fut pratiquée à onze heures, avec l'assistance des Drs Gelmi, Scudellari, Massedaglia, Scaramazza, etc.

Je fis une incision de 8 centimètres à partir du nombril vers le pubis, sur la ligne blanche, pénétrant dans la cavité abdominale couches par couches, sans sonde cannelée. La main, introduite par cette incision, trouve, à droite et à gauche, des adhérences qui se laissent facilement rompre. On prolonge alors l'incision, au moyen d'un bistouri boutonné, jusqu'au pubis. Je réintroduis de nouveau la main et je trouve encore des adhérences étendues, à droite et à gauche, que je romps également sans efforts. La tumeur étant trop volumineuse pour passer par la plaie, elle est ponctionnée avec un gros trois-quarts *ad hoc*, mais il ne s'écoule pas de liquide. Une longue et profonde incision est faite avec le bistouri, et il s'écoule alors, par des pressions latérales, neuf bassins d'un liquide grisâtre, très-gluant, semblable en tout point à de l'empois. Malgré cette évacuation, la tumeur ne pouvait pas encore sortir par la plaie, celle-ci fut prolongée en haut de 12 à 14 centimètres, et alors, plongeant les deux bras dans l'abdomen jusqu'au fond du petit bassin, je saisis entre mes deux mains la tumeur, qui, fort heureusement, n'avait pas contracté d'adhérences, et, la soulevant, je l'amenai dehors. Dans cette manœuvre, la partie inférieure, déjà dehors du ventre, entraîna, par son propre poids, facilement, la portion supérieure de la tumeur à laquelle adhéraient quelques anses intestinales, facilement séparées.

La sortie de cette masse énorme, lisse, élastique, nécessita le secours actif de plusieurs aides, afin de la soutenir et la diriger doucement vers le côté droit de la malade, et mettre le pédicule en vue. Celui-ci, bref et gros, tenait au côté gauche, et envoyait une membrane en forme d'éventail, lequel contenait de grosses veines et fut sectionné. Le pédicule fut traversé avec

une aiguille pourvue d'un double lien en soie, puis étreint des deux côtés et sectionné, tout près de la tumeur.

Des pressions prolongées furent exercées sur les parois très-relâchées du ventre, afin d'en faire sortir *tout* le liquide sanguinolent et gluant qui s'y trouvait. La suture de la plaie, faite au moyen de dix-huit épingles, comprenait le péritoine : le bout des deux ligatures fut placé dans l'angle inférieur. Un large morceau d'ouate fut étalé sur le ventre et maintenu par un bandage de corps.

La malade, qui ne fut pas anesthésiée, supporta très-courageusement, et sans syncope l'opération.

Cette ovariotomie fut suivie des symptômes d'une péritonite de médiocre intensité, à laquelle cependant la malade succomba le huitième jour.

L'autopsie montra les intestins couverts d'une exsudation fibrineuse qui les reliait ensemble. La plaie, sauf une très-petite portion de ses deux extrémités, était réunie.

La tumeur, composée d'une multitude de kystes de différentes grosseurs, pesait, y compris le liquide écoulé pendant l'opération, près de soixante-dix livres (35 kilog.). Elle est conservée dans le musée pathologique de Padoue.

Érosion des cartilages du genou. — Résection. — Guérison.

J. R..., paysan des environs de Padoue, âgé de 25 ans, brun, d'une constitution robuste, de tempérament bilieux, commença à ressentir, dans l'année 1861, sans cause appréciable, des douleurs au genou gauche. Malgré l'usage des sources thermales d'Abano, des vésicatoires, des cautères et du repos prolongé, elles augmentèrent, chaque année, de plus en plus, amenant une flexion du genou, mettant le malade dans l'impossibilité de s'adonner à aucune occupation et lui rendant même la vie à charge.

Lors de son entrée à ma clinique, le 10 juin 1865, sa jambe gauche était en demi-flexion, le genou malade un peu plus gros que le sain, et déformé par suite d'une semi-luxation du tibia en arrière et en dehors, avec proéminence exagérée du condyle interne du fémur. Les téguments étaient de couleur normale, un peu épaissis et durs. On pouvait assez bien distinguer les limites de la rotule, qui était immobile, mais sans qu'on puisse recon-

naître si cela provenait de la flexion de la jambe ou de la suture aux condyles. Le moindre mouvement causait des douleurs atroces.

On soupçonna qu'il y avait érosion des cartilages; et une exploration exacte, faite pendant l'anesthésie, ne laissa plus de doute.

L'extension forcée de la jambe, avec appareil inamovible, les narcotiques à haute dose, soit à l'intérieur, soit par injections hypodermiques, l'iodure de potassium, etc., employés pendant 34 jours, n'ayant produit aucune amélioration, les douleurs étant si violentes que le malade priait qu'on lui coupât la cuisse, nous nous décidâmes à pratiquer la résection du genou.

L'opération fut exécutée le 14 du mois de juillet par une incision en forme de H, le malade étant éthérisé. Après avoi. disséqué le lambeau rotulien, coupé les ligaments, fléchi fortement la jambe et mis à découvert ainsi la surface articulaire du fémur et du tibia, on la trouva, dans toute son étendue, dépourvue de cartilages, légèrement raboteuse, très-dure, et parsemée, tout autour, de végétations osseuses. La rotule était tout à fait saine, on la laissa; on réséqua, avec la scie d'abord, les condyles du fémur, puis la tête du tibia, en y comprenant l'articulation du péroné. Pendant la section du tibia, on ouvrit, dans son épaisseur, une excavation à parois nues, qui aurait pu contenir une noix, sans trace de séquestre ni matière purulente ou tuberculeuse. La surface de résection du fémur était moins étendue que celle du tibia, de sorte que, quand on rapprocha l'une de l'autre ces parties dans la direction convenable, la partie sectionnée du tibia débordait tout autour celle du fémur de 3 à 4 millimètres. On plaça dans le fond de la plaie un tube à drainage, et l'on réunit très-exactement, avec des points de suture, la plaie transversale et les deux latérales; puis on plaça le membre dans un appareil semblable à celui dont on s'était servi sur le malade de l'observation précédente.

2e jour. Le malade a passé une bonne nuit, est très-content de son état, ne sentant plus ses douleurs. La réaction est pleinement développée au soir, avec température élevée; céphalalgie. Pouls, 130.

3e jour. La fièvre est tombée; point de céphalalgie, chaleur presque normale; pouls, 120. — On ôte tous les points de suture; les plaies transversale et latérales, dans toute leur étendue, sont parfaitement cicatrisées, sauf les points d'émergence du tube à drainage, d'où il sort un peu de pus.

4e, 5e, 6e, 7e, 8e jour. Pouls, 104, 103, 92, 80. Tous ces jours-ci, sortie de très-peu de pus à côté d'un des bouts du tube à drainage, que l'on supprime.

15e jour. Pouls, 86. Depuis l'enlèvement du tube il n'est sorti que très-peu de pus par les deux ouvertures. L'état général du malade et celui du genou sont on ne peut plus satisfaisants.

25e jour. Le genou est un peu enflé et chaud; la température générale un peu élevée; pouls, 98-104. — Craignant que du pus ne soit retenu dans l'intérieur de la plaie et qu'il n'y ait un commencement d'étranglement causé par la bande qui assujettit la cuisse à la gouttière fémorale, on change le *premier* appareil en le remplaçant par un bandage de Scultet et une gouttière continue, dans laquelle on fixe le membre moyennant une bande roulée, qui du pied s'étend à la racine de la cuisse. En ôtant l'appareil, on trouva qu'au côté externe du genou, sous le bord de la bande qui entourait la jambe, il existait l'ouverture d'un abcès, de laquelle on fit sortir une petite cuillerée de matière purulente.

45e jour. Pendant tous ces jours, on a fait sortir du pus par l'ouverture sus-mentionnée; la jambe continue à être un peu œdémateuse ; le pouls donne de 100 à 108 pulsations. La plaie transversale et les deux latérales sont parfaitement fermées et leurs cicatrices à peine visibles. — Les portions d'os réséquées ont une longueur de 10 centimètres, fémur et tibia réunis. — A cause des vacances, le malade a passé dans un autre service, où il fut traité, jusqu'au 13 novembre, avec les soins les plus assidus. Dans ce laps de temps, il se forma au côté interne du genou un second abcès, qui fut incisé.

Le 14 novembre, c'est-à-dire précisément quatre mois après l'opération, le malade est de nouveau reçu dans ma clinique. — Son état général était assez satisfaisant, et le cal osseux avait quelque résistance. A la place de l'abcès qu'on avait incisé, il restait une fistule donnant encore du pus; au côté externe existait aussi toujours l'ouverture de l'abcès primitif qui était un peu élargie, et, ce qui nous étonna, c'est que, de son milieu, proéminait une saillie osseuse arrondie, du volume d'une petite noix, couverte de bourgeons charnus, saillie qui n'était autre chose qu'une portion du rebord osseux dénudé.

L'aspect du genou malade, sauf cette saillie osseuse bourgeonnante, était presque normal et différait très-peu de celui du genou sain, surtout à cause de la présence de la rotule.

A la fin du mois de décembre, il se forma dans le creux poplité un nouvel abcès, qui donna issue à une petite portion nécrosée de la marge d'une des surfaces réséquées.

Dès le mois d'avril 1866, le malade commença à se promener dans la cour de l'hôpital, ayant la jambe toujours assujettie dans une gouttière poplitée; pendant tout ce temps, on eut soin, dans le pansement quotidien, de comprimer le fémur de haut en bas pour en faire sortir le pus par les deux petites fistules qui restaient, l'une au côté externe, l'autre au côté interne du genou.

Avant la sortie définitive du malade, au mois de juin, les sinus fistuleux étaient fermés, et la saillie osseuse cicatrisée. La rotule est libre et obéit à la contraction du triceps crural.

De retour chez lui, le malade se sert facilement de son membre et vient tous les jours en ville à pas accéléré, portant seulement à sa chaussure gauche une semelle haute de trois travers de doigt.



On peut voir par la gravure, qui est une copie exacte des

deux photographies du malade, combien est belle l'apparence du membre opéré.

Tumeur blanche du genou. — Résection. — Guérison.

L... (Joseph), âgé de 9 ans, fils d'un ouvrier, habitant à Lisiéra, dans la province de Vicence, de constitution délicate, très-vif, tombe d'un arbre au printemps de l'année 1864, et se fait au genou droit une contusion, qui, négligée, fut cause d'une inflammation chronique.

Le 17 novembre de la même année, ses parents l'ayant conduit à ma clinique, je reconnus l'existence d'une tumeur blanche, dont la circonférence était de 38 centimètres, celle du genou sain n'étant que de 23 centimètres. Le membre était fléchi presque à angle droit.

Du 18 novembre 1864 jusqu'au 13 décembre, on pratiqua la compression digitale de la fémorale, chaque jour de six à huit heures, ce qui fit diminuer de 2 centimètres le volume du genou malade, et en même temps sa flexion.

Le 13 décembre, on pratiqua l'extension forcée du membre, le malade étant éthérisé, puis on appliqua un appareil amidonné.

Le 31 décembre, les parents du petit malade, venus pour le visiter, le voyant se promener avec des béquilles, la jambe en parfaite extension, voulurent à tout prix le reconduire à la maison, promettant de nous l'amener de temps à autre.

Le 22 février 1865, on nous ramena lo petit malade sans appareil, ayant son genou dans un état pis qu'auparavant : un abcès s'était formé au côté interne de l'articulation.

On réappliqua de suite l'appareil inamovible, et l'on donna intérieurement le fer avec le phosphate de chaux.

Le 28 avril, on ôte l'appareil pour reconnaître l'état du genou, qu'on soupçonnait avoir empiré, vu que l'état général du malade s'était, dans les quinze derniers jours, beaucoup détérioré.

On trouve le genou en très-mauvais état : il s'est formé, au côté externe, un second abcès, qui s'étend jusqu'au trochanter. Cet abcès ayant été incisé, les symptômes généraux devinrent encore plus graves, le dépérissement augmenta tous les jours, et la fièvre hectique menaça si sérieusement la vie du malade

qu'il n'y eut plus de doutes sur la nécessité absolue de faire l'amputation de la jambe ou la résection du genou.

Le 9 mai, je me décide pour cette dernière : une incision en forme de H et la section des ligaments nous ouvrent l'articulation; on trouve toutes les surfaces articulaires, du fémur, du tibia et de la rotule couvertes d'une pseudo-membrane fongueuse, épaisse, de couleur cendrée, les cartilages détruits, les épiphyses ramollies. — On enlève d'abord la rotule, puis on résèque, à l'aide du couteau, l'extrémité du fémur, précisément aux limites de sa surface articulaire; enfin, on enlève avec la scie la tête du tibia. En tout, 6 centimètres de longueur, environ 3 1/2 pour le fémur et 2 1/2 pour le tibia.

Après avoir attendu le temps nécessaire pour la cessation du suintement sanguin, on place un tube à drainage en travers dans le fond de la plaie; ayant amené la surface réséquée du tibia en parfait contact avec celle du fémur; on réunit les bords des deux plaies latérales et de la plaie transversale avec des points de suture; enfin, on fixe par des bandes le membre dans l'appareil.

Cet appareil est composé de deux gouttières métalliques, bien matelassées, l'une pour le pied et la jambe, l'autre pour la cuisse; présentant un écartement de cinq travers de doigt à la région poplitée, mais réunies à ce niveau pour ne former qu'une seule pièce, au moyen de deux arcs métalliques latéraux; de cette manière, le membre assujetti dans sa totalité à l'appareil est immobilisé, mais la partie correspondant à l'articulation opérée reste libre et accessible aux pansements.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus heureuses; il n'y eut point de réaction sensible : au quatrième jour, on coupe tous les points de suture; la plaie transversale est réunie par première intention, les deux plaies latérales le sont presque dans toute leur étendue. Par les deux extrémités du tube à drainage, il sort du pus, qui va tomber dans un petit bassin placé au-dessous du genou.

Comme les tours de bande qui enveloppent la cuisse sont très-imbibés de sérosité sanguinolente, on les arrose matin et soir avec de l'eau fortement créosotée pour en empêcher la corruption et pour ne point avoir à les changer, de peur de mouvoir le membre.

Sixième jour. Les bandes qui entourent la cuisse se sont durcies et forment comme un appareil amidonné. Le pouls qui,

avant l'opération, était à 115-120 est maintenant à 100-104, chaleur toujours normale. — En embrassant avec les deux mains la cuisse toujours maintenue dans sa gouttière et en faisant de douces pressions, il sort du tube à drainage beaucoup de pus provenant manifestement en grande partie du vaste abcès qui remontait jusqu'au grand trochanter.

Vingtième jour. Le malade est toujours gai ; le genou est un peu enflé et a pris une forme globuleuse, parce qu'il n'est pas comprimé par les tours de bande, comme la cuisse et la jambe. Sur la cicatrice de la plaie transversale antérieure et sur les deux latérales se sont formées de très-petites exulcérations de forme circulaire ou ovoïde, d'aspect scrofuleux : il sort toujours beaucoup de pus en pressant la cuisse de haut en bas.

Soixantième jour. En pressant la cuisse il sort encore un mince jet de pus à côté du tube à drainage, que l'on supprime aujourd'hui. Les petits ulcères d'aspect scrofuleux persistent toujours.

Soixante-quinzième jour. On change le *premier* appareil. Le genou a conservé sa forme sphéroïdale : en haut et en bas de la région poplitée, on voit la dépression causée par les rebords des gouttières et des bandages qui ont entouré la cuisse et la jambe.

Un cal osseux s'est formé mais n'est pas encore bien solide. En pressant la cuisse de haut en bas, on fait sortir par un petit pertuis externe, resté à la place du tube à drainage un peu de pus. — On applique tout autour du membre un bandage de Scultet, puis on le place dans une gouttière cette fois d'une seule pièce et on l'y fixe par un bandage circulaire.

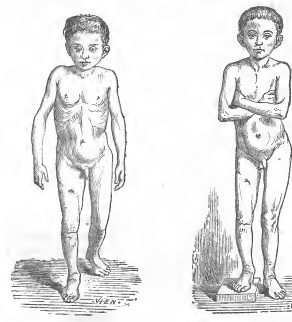
Quatre-vingt-quinzième jour. Depuis que le membre est bandé uniformément et assujetti à la gouttière fémoro-tibiale, la forme globuleuse du genou a disparu et son aspect est parfait; les petits ulcères n'existent plus. En pressant la cuisse il ne sort plus de pus par le pertuis externe, mais seulement un peu de sérosité jaunâtre. Le malade se promène avec des béquilles ayant le membre toujours protégé par une gouttière poplitée.

Cent-treizième jour (31 août 1865). A cause de la clôture des cliniques, le malade est envoyé dans un autre service.

Rien de nouveau dans le service clinique le 14 novembre, son état est très-satisfaisant ; mais le col osseux ne nous paraît pas encore assez solide pour permettre au petit malade de se

servir de son membre sans une gouttière poplitée pour le protéger.

Craignant que, par son extrême vivacité, il ne s'expose à quelque danger si on lui permettait de retourner chez lui, nous avons gardé ce malade jusqu'au mois de juin (1866). Pendant tout ce temps, le membre opéré présente aux alentours du genou une légère éruption eczémateuse qui amena même une fois un érysipèle fugace, étendu à toute la jambe.



La photographie de ce sujet reproduite par la gravure a été prise au mois de janvier de l'année 1867. Cet enfant, dont la constitution avant l'opération, était délabrée, misérable, se présente actuellement sous les plus belles apparences de force et *de santé.*

La forme de son membre est régulière. Il n'a besoin que d'un soulier dont la semelle n'a pas plus d'un travers de doigt d'épaisseur. Il marche, il court, et peut voyager à pied pendant plusieurs milles sans gêne ni douleur. Son bassin est remarquablement incliné en bas du côté du membre opéré ; il n'y a pas

de différence appréciable dans la nutrition et le développement des deux membres.

Névralgie atroce de la langue. — Excision du nerf lingual. Guérison.

Parmi les névralgies des branches du nerf trïtanéal, celle qui affecte isolément le nerf lingual est une des moins fréquentes, et des médecins d'une longue pratique n'en ont pas vu d'exemple : aussi la science ne possède jusqu'à présent que très-peu d'observations d'excision du nerf lingual contre sa névralgie. On sait que cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Boser, et puis par M. Linhart.

M. Michel (de Strasbourg) a publié en 1857 (1), une très-belle observation d'excision du nerf lingual par le plancher de la bouche, opération pratiquée depuis, selon ce même procédé, par M. Bœckel. — En 1850, M. Hilton eut l'heureuse idée de sectionner par le plancher de la bouche le nerf lingual pour remédier aux souffrances d'un malade affecté de cancer de la langue (2). M. Moore, de l'hôpital de Middlessex, a répété il y a peu d'années la même opération en sectionnant le nerf lorsqu'il est encore appuyé sur la branche montante du maxillaire inférieur, au milieu du ptérigoïdien interne combinant cette opération avec la ligature de l'artère linguale du même côté (3).

Ayant eu nous-même l'occasion d'exciser ce nerf pour une névralgie, nous croyons intéressant de publier l'observation suivante :

Piva M..., de la ville de Legnago, âgée de 64 ans, mère de douze enfants, se présenta à notre consultation le 18 novembre 1862, demandant conseil pour des douleurs qu'elle ressentait par accès dans la bouche et à la mâchoire inférieure et surtout lorsqu'elle mangeait.

Les renseignements fournis par cette malade sont remplis de confusion. Nous ne trouvons, après un examen minutieux, aucune altération appréciable des régions signalées douloureuses.

(1) *Gazette médicale* de Strasbourg. Novembre 1867.
(2) *Guy's Hospital Report*, vol. VII, 1re série 1850.
(3) *The Holmes*, a system of Sargery, III vol. p., 915.

On diagnostique une névralgie, mais sans même pouvoir déterminer son véritable siége, soit au nerf lingual, soit au dentaire inférieur, la malade ne nous désignant aucun point douloureux limité, que l'exploration ne découvre pas non plus. Elle fait remonter l'origine de ses souffrances à une année environ, justement après une fluxion de la joue droite, qui avait été suivie d'un abcès dans la bouche qui fut incisé. Une fistule très-persistante existant à la place de l'abcès sur l'amygdale gauche et des douleurs commençant à se montrer, on fit à trois reprises une cautérisation au fer rouge à ce point.

Nous engageons cette femme à rester à la clinique ; et, dès son entrée, nous fîmes une injection de sulfate d'atropine sous la muqueuse buccale. Les symptômes d'atropismé se manifestèrent bientôt à un degré assez marqué, et la malade se trouva pendant les premiers jours considérablement soulagée. Une semaine après, les douleurs ayant repris leur intensité primitive ; nous voulûmes faire une seconde injection; mais la malade s'y refusa opiniâtrément, nous disant qu'elle n'était pas venue pour rester à la Clinique.

Retournée chez elle, ses douleurs continuèrent plus ou moins pendant toute l'année 1863 et devinrent plus violentes encore au commencement de 1864. Les injections d'atropine employées de nouveau, l'ustion de l'oreille et beaucoup d'autres remèdes restèrent inefficaces.

Le 24 avril 1864, la malade, accompagnée d'une lettre du Dr Maggioni, son médecin, revint à la Clinique pour y rester. Cette fois elle nous décrit ses souffrances très-différemment. En effet, elle n'était, pour ainsi dire, préoccupée que d'une seule chose : c'était de nous persuader que toutes ses douleurs provenaient d'une bride située au-dessous de sa langue, qui, en gênant ses mouvements, lui causait toutes ses douleurs. Aussi tirait-elle souvent la langue hors de la bouche, en tournant la pointe en haut, pour nous montrer cette bride, qu'elle touchait du doigt.

Il existait, en réalité, au côté gauche du frein un repli très-saillant de la muqueuse, tout à fait semblable à un second frein, mais ne pouvant empêcher en rien les mouvements de la langue.

Pour complaire à la malade, je coupai d'un coup de ciseaux assez profondément cette bride qui la préoccupait tant.

Après cette petite opération, toutes les douleurs cessèrent, à notre grand étonnement, ce qui nous fit croire qu'en effet, ce pli était le siége de la névralgie. La malade très-satisfaite quitta la Clinique le 20 mai 1864.

Elle se porta bien et ne ressentit pas la moindre douleur jusqu'au 28 janvier 1866 : ce jour-là il lui sembla que la moitié gauche de sa langue était épaissie, elle y ressentit un picotement étrange, et le jour suivant elle eut de la difficulté à manger et à parler. Deux jours après, à ces sensations particulières se joignit une douleur rongeante, s'étendant de la pointe de la langue à tout son côté gauche, jusqu'au pilier correspondant. Cette douleur arrivait et devenait de suite intolérable quand la malade mangeait, buvait, parlait, en un mot, à chaque mouvement de la langue.

Un état si pénible, persistant malgré l'usage de la morphine, des injections hypodermiques, etc., la malade se fit recevoir pour la troisième fois à la Clinique, le 9 mars 1866. Ses souffrances étaient cruelles; elle passait les nuits sans trouver un instant de repos, elle fondait en larmes chaque fois que, pressée par la faim, elle devait prendre quelque peu d'aliments; et encore, pour pouvoir les avaler, elle donnait à sa tête des attitudes particulières, poussait avec beaucoup de précaution jusque dans l'arrière-gorge le bol alimentaire, qu'elle avait réduit en boulette, en lui faisant suivre le côté droit de la langue; puis elle élevait et fléchissait alors la tête en arrière très-brusquement pour le faire descendre. Pour boire, elle appliquait le bout de la langue au verre et l'y pressait avec la lèvre inférieure. Pendant le jour les douleurs étaient moins fortes que la nuit.

Du 9 mars jusqu'au 3 avril, l'opium, l'iodure de potassium, l'arsenic, la glace, l'acupuncture, l'anesthésie locale avec l'appareil de M. Richardson, l'électricité, etc., furent essayés, mais sans aucun succès. Il nous revint alors en mémoire qu'en 1864, la simple incision de quelques millimètres, fait au-dessous de la pointe de la langue, où les douleurs paraissaient avoir eu uniquement leur siége, les avait fait cesser pendant l'espace de deux années environ.

Nous fîmes donc, le 3 avril, une incision, qui, cette fois, s'étendait le long de tout le côté gauche de la langue jusqu'au pilier. La malade en éprouva un très-grand soulagement ; elle put parler et manger sans souffrances, et passer ses nuits dans un sommeil restaurateur, de sorte que sa constitution, très-détériorée par les douleurs, le manque de nourriture et de repos, commença bientôt à s'améliorer sensiblement.

Malheureusement, cet amendement si heureux ne dura que quinze jours : la malade elle-même, sentant le fâcheux effet de la cicatrisation, nous demandait de l'empêcher. Les douleurs reparurent dès que l'incision fut cicatrisée, et le 24 avril elles étaient aussi fortes qu'auparavant, s'étendant même de la langue aux gencives et à l'articulation temporo-maxillaire.

Le 27 avril, la malade est en proie à des douleurs excessivement fortes, qui s'étendent à la joue, à l'oreille, à tout le côté gauche du cou ; elle se plaint d'affaiblissement de la vue et de diplopie. Pour apaiser ses souffrances, on l'anesthésie avec l'éther plusieurs fois par jour.

Le 2 mai, la malade est plongée dans un profond affaiblissement, elle gémit et pleure continuellement, et, dans ses accès de désespoir, elle demande qu'on vienne à son secours de quelque manière que ce soit.

Je me décide à pratiquer la résection du nerf lingual.

Profitant d'un moment de calme, la malade est conduite à la salle d'opération : assise sur une chaise, sa tête est confiée à un aide qui la presse contre sa poitrine ; la bouche est ouverte autant que possible, l'angle droit des lèvres est tiré en arrière par le rétracteur de Luër ; la langue saisie par la pointe est tirée et maintenue par un aide en dehors, à droite et en haut. Je fais alors avec un petit couteau légèrement convexe une incision longue de 3 à 4 centimètres, partant au delà de la dernière molaire et s'étendant d'arrière en avant, un peu en dedans vers le côté gauche de la langue dans la gouttière glosso-gingivale. Cette incision commençait en arrière du pilier antérieur du voile du palais qui, très-saillant, fut sectionné, afin d'arriver le plus près possible du point où le nerf lingual contournant le bord antérieur du ptérygoïdien interne se dirige en avant et horizontalement. On étanche à chaque coup de couteau le sang avec de

petites éponges fixées sur des tiges; la plaie est creusée par des incisions successives, un des bords tenu écarté par des pinces déliées, jusqu'à ce que l'on arrive sur un cordon blanchâtre que je reconnais pour le nerf lingual. Je le dissèque soigneusement dans une étendue de deux centimètres; puis, en le soulevant un peu avec un crochet mousse, je le coupe d'abord vers sa racine, puis vers l'extrémité périphérique.......

Dès que le nerf fut coupé, les douleurs cessèrent pour ne plus reparaître. Le lendemain de l'opération, la malade parla et prit ses aliments sans souffrances. Au troisième jour, il y eut un peu d'enflure traumatique sous l'angle de la mâchoire du côté de la plaie qui se cicatrisa au bout d'une semaine.

Le 13 mai, douze jours après l'opération, la malade, très-satisfaite et très-reconnaissante, retournait chez elle en parfait état de santé.

La portion du nerf réséqué est longue de 2 centimètres et côtoyée par une petite portion du conduit Warthonien. Vers une de ses extrémités, mon honorable collègue, M. Vlacovich, professeur d'anatomie, a reconnu au microscope la présence des corpuscules nerveux du ganglion sous-lingual dont l'existence n'a pas été encore constatée par tous les anatomistes. La structure du nerf est normale.

Ayant demandé dernièrement à M. le Dr Maggioni, médecin de l'Opéra, des renseignements sur son état, j'ai reçu en réponse la lettre qui suit:

« Legnago, 24 août 1867.

» ..... La personne que vous avez opérée il y a bientôt seize mois s'est toujours portée depuis lors parfaitement bien, oubliant ses atroces souffrances et bénissant la main qui lui a redonné la santé. Elle accuse une sécrétion salivaire plus abondante qu'auparavant; je l'ai trouvée très-alcaline.

» D'après vos désirs, j'ai piqué le côté gauche de sa langue avec une épingle, elle éprouva à peine une sensation douloureuse, tandis qu'elle ressent une douleur très-vive en piquant le côté droit. J'ai appliqué au côté opéré de l'extrait de quassia d'abord, puis du sucre sans que la personne eût la perception de

la saveur respective de ces corps : le côté droit par contre reconnaît très-bien et de suite la différence de leur goût...

» J'ai l'honneur d'être, etc.

» Dr Evangéliste MAGGIONI. »

Observation d'athéromes multiples crétacés du scrotum.

(Scrotum lapillosum)

Jean L..., cordonnier, âgé de 48 ans, père de sept enfants, vint, dans l'année 1863, à notre consultation, pour une douleur à l'épaule.

Interrogé s'il n'avait pas un écoulement de l'urèthre, il nous montra ses parties génitales.

L'apparence de son scrotum nous frappa ; il présentait, en effet, dans toute son étendue une quantité de petites élevures qui lui donnaient tout à fait l'apparence du jabot, ou premier estomac, d'un gallinacé. De ces petites tumeurs, les unes étaient sphériques, les autres ovoïdes, ayant le volume d'un pois, d'un grain de millet, ou moins encore. Il y en avait qui proéminaient un peu ; d'autres ne faisaient point de saillie ; mais toutes étaient immobiles et implantées dans l'épaisseur du derme. Pincées entre les doigts, elles offraient une dureté pierreuse. Le malade nous dit qu'il s'était aperçu de l'existence de ces petites tumeurs dès l'âge de vingt ans, et qu'elles lui causaient du prurit fort désagréable.

Nous piquâmes la peau au niveau d'une de ces tumeurs pour en connaître le contenu, et, en la pressant entre les doigts, nous en fîmes sortir une matière crétacée très-blanche, partie tout à fait sèche, partie de la consistance du mortier. Nous pûmes, par là, juger qu'il s'agissait d'un cas, certainement peu commun, d'athéromes crétacés multipliés du scrotum.

Trois ans après, le 2 janvier 1866, le même individu se présente à la consultation, demandant qu'on lui donne un remède pour le débarrasser des démangeaisons, devenues actuellement insupportables, qu'il éprouvait.

Cette fois aussi, ayant piqué avec une épingle l'une de ces petites tumeurs pour en montrer aux élèves le contenu, nous en fîmes sortir une concrétion solide, presque sphérique, très-blanche, formée de carbonate de chaux. On appliqua, sur la

petite plaie, une mouche de taffetas, et on conseilla au malade d'employer, contre ces démangeaisons, de l'eau de chaux.

Quatre jours après, nous apprenons que ce malade est au lit avec une forte fièvre, et son scrotum très-enflé. Dans la crainte de quelque chose de grave, nous nous empressâmes de le faire transporter immédiatement à la clinique afin qu'il y fût mieux soigné.

A son arrivée, nous trouvons que son scrotum, surtout au côté gauche, est atteint d'un phlegmon très-grave avec menace de gangrène de la peau scrotale et de son tissu cellulaire.

Frappé du développement d'un état si sérieux, il nous parut fort singulier que le phlegmon n'eût pas pour point de départ la piqûre faite par nous quatre jours auparavant au côté droit du scrotum, et que cette piqûre, encore visible, se trouvât sur une partie de la peau scrotale, qui n'était encore point du tout enflammée. Nous sûmes, plus tard, que ce malade, tourmenté par ses démangeaisons, avait essayé de se débarrasser de quelques-unes des tumeurs plus saillantes, au moyen d'instruments grossiers.

Dans les jours qui suivirent, la partie moyenne de la peau du scrotum était déjà convertie en une eschare, autour de laquelle se forma bientôt un sillon, séparant la partie gangrénée de tissus vivants. Désirant conserver dans toute son intégrité cette eschare gangréneuse, qui contenait dans son épaisseur les concrétions calcaires de la partie de peau scrotale mortifiée, nous l'avons peinte tous les jours avec de la créosote pour la mortifier sur place, ce qui nous permit de la détacher tout entière avec les ciseaux des parties sous-jacentes, et d'en faire une préparation pathologique sèche.

Comme il arrive d'ordinaire dans les cas de gangrène du scrotum, les testicules, d'abord à nu, se couvrirent bien vite de bourgeons charnus ; les parties latérales de la peau du scrotum vinrent au fur et à mesure de la cicatrisation se réunir vers la ligne médiane, de sorte que le malade guérit avec un scrotum ferme et non pendant, formé de portions de peau, qui contiennent encore une foule de concrétions pierreuses.

Mon honorable collègue, M. Vlacovich, professeur d'anatomie, a bien voulu examiner, au microscope, la structure de ces tumeurs : il les a trouvées formées d'un petit sac, de couleur blanche, sans ouverture, contenant du carbonate de chaux, mêlé à une substance organique amorphe et à de la graisse.

Les parois du sac sont épaisses, et formées de tissu conjonctif, compacte, infiltré, dans ses couches concentriques, de *petits grains calcaires:* la surface interne était lisse, sans épithélium.

De petites concrétions calcaires se trouvant aussi dans le stroma même des parois du sac, on peut en induire que ces tumeurs n'ont pas leur origine primitive dans le contenu même des glandes sébacées.

Les exemples d'athéromes multiples crétacés des téguments du scrotum ainsi que d'autres parties du corps, ne sont rien moins que fréquents, et il serait difficile d'en trouver des observations dans la littérature médicale. Pour ma part, je ne connais que le cas mentionné par M. Virchow dans ses *Leçons sur les tumeurs* (1), au chapitre consacré aux athéromes, où il fait savoir que, dans le Musée pathologique de Berlin, on conserve un scrotum, formé de petites tumeurs athéromateuses, qui subirent la transformation crétacée.

Observation de fibrôme molluscum.

Jeanne L..., paysanne du district d'Anguillara, âgée de 45 ans, brune, de taille moyenne, avec complexion robuste, fut reçue à ma clinique le 25 juin 1864, pour une affection excitant une curiosité générale.

En effet, à l'examen, on trouva son corps couvert d'une myriade de tumeurs de toutes grosseurs, répondant à la description que les auteurs donnent du molluscum, ou fibrôme molluscum de Virckow (2), dans l'ouvrage duquel se trouve représentée une femme ayant la plus grande analogie avec celle qui était sous nos yeux.

Interrogée, cette femme dit n'avoir jamais été malade, sauf il y a cinq années, alors que, soumise à des influences paludéennes, elle eut, pendant trente jours, des accès de fièvre intermittente quotidienne qui cédèrent au sulfate de quinine.

C'est après qu'elle remarqua, sur les parties latérales du cou, l'apparition d'une vingtaine de petites tumeurs, du volume d'une tête d'épingle, indolentes, mobiles sous la peau, restée normale.

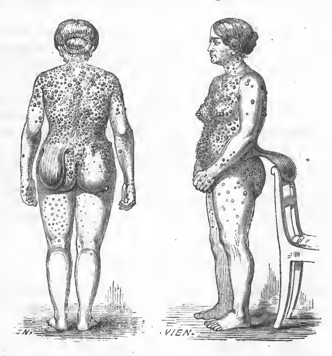
(1) Virchow. Die Krankhaften Geschwülste 1 Band. p. 325, 1863.

(2) R. Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. T. 1er, p. 229, 1863.

Cette éruption ne tarda pas à gagner la partie médiane du cou, puis à s'étendre au thorax, à l'abdomen, au dos, enfin aux membres supérieurs et inférieurs.

Au bout de deux mois, le corps était envahi dans sa totalité, et, depuis, il n'est presque plus apparu de nouvelles tumeurs ; mais les anciennes ont alors progressivement augmenté de volume.

A la région mentonnière, les tumeurs sont rares, si petites (sauf deux ou trois), qu'il faut être très-près pour les voir, elles vont en augmentant de volume et en se rapprochant, variant, de la grosseur d'un grain de millet à une petite noisette.



La poitrine et le ventre, ainsi que le dos, en présentent une grande quantité, très-rapprochées et très-variables de volume.

Aux régions lombaires, au niveau des crêtes iliaques-postérieures, il existe deux de ces tumeurs qui méritent une mention spéciale.

Celle de droite a le volume d'une pomme, est pendante, un peu déprimée, à base large, la peau est normale ; pressée, elle donne la sensation d'une fausse fluctuation.

Celle de gauche, se fait remarquer par sa grandeur considérable. Elle est manifestement applatie d'arrière en avant, ayant la forme d'une grande bourse, régulière, d'une contenance de deux litres au moins, avec une base large, puis un léger rétrécissement et la partie inférieure plus grosse, ovalaire à sa terminaison. Elle offre, par la pression, de la résistance ; prise en masse, on a la sensation, d'une fausse fluctuation.

La peau qui la recouvre, sans changement de coloration, un peu amincie, présente des plis longitudinaux résultants de la tension.

Aux membres supérieurs et inférieurs, le nombre des tumeurs est peu considérable, on en voit sur la main, aux épaules, à la partie postérieure des cuisses, plus qu'en avant, mais pas du tout sur les jambes ni les pieds. Variables de grosseurs, toutes ces tumeurs le sont aussi de forme, quelques-unes ont une large base, d'autres sont un peu pédiculées, elles sont tout à fait indolores, même par une forte pression, qui ne les modifie en rien. Quoique quelques-unes présentent un petit point noir, comme un folicule sébacé, on ne peut rien en faire sortir.

L'état général de la malade était parfait. Nous n'avons pas cru devoir agir, dans ce cas même, sur la grande tumeur, vu le peu de gêne qu'elle occasionnait ; nous nous bornâmes à garder quelques jours cette malade sans la traiter, en faisant seulement prendre le dessin exact de ce cas pathologique fort peu commun.

RAPPORT

M. Després fait un rapport verbal sur les travaux de M. le Dr Ladureau, candidat au titre de membre correspondant.

NOMINATION DE COMMISSIONS

Commission pour la nomination des membres correspondants nationaux.

Sont nommés au scrutin : MM. Guyon, Blot, de Saint-Germain, Labbé, Verneuil.

Commission pour la nomination des membres correspondants étrangers.

Sont désignés : MM. Giraldès, Le Fort, Guyon, Broca, Verneuil.

Commission pour la nomination d'un membre associé étranger.

Sont élus : MM. Giraldès, Le Fort, Larrey.

Commission pour le prix Duval.

Sont désignés : MM. Labbé, Tarnier, Marjolin, Tillaux, Blot.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Guyon présente un appareil destiné à porter des injections médicamenteuses dans les parties profondes du canal de l'urèthre.

Cet appareil se compose : 1° d'une bougie exploratrice à boule perforée ; 2° d'une longue canule métallique qui pénètre dans l'intérieur de la bougie exploratrice ; 3° d'une seringue de Pravaz, qui se visse sur la canule et au moyen de laquelle on peut doser le liquide médicamenteux.

M. Guyon pense qu'on pourrait également employer cet appareil pour les injections intra-utérines.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1867.

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.
Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Larrey, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. La Société, dans la séance prochaine, statuera sur cette demande.

M. Sarazin, médecin-major, agrégé à la Faculté de Strasbourg, adresse une note sur un « moyen de faciliter la compression des artères. » (Commissaires, MM. Larrey, Legouest et Desprès, rapporteur).

M. le Dr Borelli (de Turin), membre correspondant, adresse une série de huit communications originales ; il exprime le vœu de voir ses opinions et ses recherches discutées et contrôlées par la Société. Il sera donc sommairement donné une analyse de ces travaux dans la séance prochaine.

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux hebdomadaires : « Gazette des hôpitaux. » — « Union médicale. » — « Gazette hebdomadaire. » — « Le Montpellier médical. »

« Du charbon et des affections charbonneuses chez l'homme, » par le Dr Raimbert (de Châteaudun). 1867.

« Étude historique sur le charbon, » par le même auteur. 1867.

« Sur la vaccination animale. Discours à l'Académie, » par M. Depaul. 1867.

« Compte rendu des expériences de l'inoculation de la peste aux bêtes à cornes, faites par le comité institué par l'empereur de Russie. » Saint-Pétersbourg. 1866.

« Considérations sur les fractures de la clavicule, » par M. le Dr Hurel, interne à l'asile de Vincennes (prix Duval).

LECTURE

M. Guéniot, chirurgien du Bureau central, lit un travail intitulé : « Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri. » (Commissaires, MM. Laborie, Blot et Trélat, rapporteur.)

RAPPORT

M. Desprès donne lecture du rapport suivant :

M. Gyoux a adressé à la Société une observation de cancroïde de la lèvre inférieure, ce qui a nécessité plusieurs opérations; une dernière, entre autres, à la suite de laquelle une autoplastie a dû être pratiquée. C'est sur cette dernière opération que M. le Dr Gyoux appelle notre attention, et que portera ce rapport.

Un cancroïde récidivé occupait la presque totalité de la lèvre inférieure. Pour l'enlever, le chirurgien a circonscrit le mal entre deux incisions formant ensemble un V, et qui partaient du bord libre des lèvres vers les commissures jusqu'à la région sus-hyoïdienne. De chaque côté, un lambeau rectangulaire a été disséqué, et l'un et l'autre ont été réunis sur la ligne médiane. Un grand nombre de points de suture ont été placés; la réunion s'est effectuée promptement. Mais, peu de temps après, le résultat n'a pas semblé bon. La lèvre supérieure ne touchait pas tout le bord de la lèvre inférieure restaurée. Du côté gauche, il y avait une encoche. S'inspirant alors des conseils de M. Verneuil et d'un mémoire de M. Desgranges (de Lyon) (Gazette hebd., 1854, p. 956, « Nouveau procédé de cheiloplastie »), M. Gyoux a enlevé sur la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires ayant leur base sur le bord libre de cette lèvre restaurée, de façon à la tendre davantage et à la faire remonter vers la lèvre supérieure.

Ainsi, deux opérations : l'une pour remplir le vide laissé par l'ablation du cancer, l'autre pour rapprocher la lèvre réparée de la lèvre supérieure; tel est le fait dont je vous entretiens. Avant d'entrer ici dans une courte discussion de principes opératoires, je dois le dire, il résulte de l'examen de la photographie du malade de M. Gyoux, que, même après la seconde opération autoplastique, la bouche ne pouvait être fermée qu'au moyen de grands efforts. Il y a sur les traits du malade, représenté après guérison, des plis accusateurs. Le malade contracte énergiquement la portion de l'orbiculaire des lèvres qui reste dans la lèvre supérieure, et il y a un pli très-marqué au niveau des entrecroisements du sphincter des lèvres avec le buccinateur. Du reste, il est dit dans l'observation que, après la der-

nière opération, le malade devait prendre des précautions pour boire.

La cheiloplastie en deux temps, ou, si l'on aime mieux, la cheiloplastie avec opération complémentaire reparaît, vous le voyez, et, comme précédemment, elle laisse à désirer. On cherche la grâce, et je ne vois pas qu'on se préoccupe de la fonction. Il est donc utile de se poser aujourd'hui quelques questions.

Lorsque toute la lèvre inférieure a été enlevée et restaurée, faut-il, comme M. Camille Bernard, enlever un lambeau triangulaire de la lèvre supérieure proéminente pour rendre à la bouche de la régularité ? (Malgaigne « Méd. opér., » 1853, page 449.)

Faut-il, à l'exemple de M. Desgranges (de Lyon), enlever un lambeau triangulaire de la lèvre à chaque commissure, pour rendre à la bouche sa forme normale ? Faut-il, comme l'a fait M. Gyoux, enlever aux commissures, et aux dépens de la lèvre inférieure deux lambeaux triangulaires pour tendre cette lèvre ?

Je crois que l'on peut répondre sans hésitation, non ! La proéminence de la lèvre supérieure n'est point une difformité, et j'ajoute que, même proéminente, cette lèvre sert très-bien. Remplacer le bord libre élastique de cet organe par un bord cicatriciel, sans absolue nécessité, me paraît une erreur. Il faut une bouche qui puisse s'ouvrir et se fermer bien plutôt qu'une bouche régulière. Or, MM. Camille Bernard et Desgranges, en enlevant un ou deux lambeaux triangulaires à base située sur le bord libre des lèvres, rétrécissent la bouche de 2 à 4 centimètres, ce qui réduit d'autant l'ouverture de la bouche. Je pense que si ces deux chirurgiens avaient donné des détails sur les fonctions de la bouche de leurs opérés, nous pourrions trouver quelques particularités qui légitiment ce raisonnement. D'ailleurs, j'ai fait plusieurs opérations de cancroïde des lèvres, j'ai restauré une lèvre supérieure manquant en totalité par suite d'une gangrène étendue, j'ai vu des lèvres proéminentes, mais tout s'est arrangé; la lèvre saillante s'est amincie, et si la bouche était arrondie, elle se dilatait néanmoins librement, de façon à permettre l'introduction des aliments. Nos collègues, du reste, ont une expérience à cet égard, et je ne manquerai pas d'y faire appel ici.

L'opération pratiquée par M. le Dr Gyoux était dirigée dans le but de faciliter le rapprochement de la lèvre restaurée, de la lèvre supérieure ; le but a été atteint en rétrécissant la lèvre reparée, et la tension de celle-ci a fait supposer que l'affrontement était suffisant. Je ne puis m'empêcher de dire que des incisions libératrices eussent mieux valu et qu'il eût été plus profitable d'appliquer sur la lèvre inférieure en dehors de son

bord un de ces procédés autoplastiques employés pour l'étropion, tel que le procédé de Walther.

Il y a quelque chose à revoir dans les procédés autoplastiques des lèvres. J'ai observé chez un de mes malades une déformation consécutive de la bouche après une opération où deux lambeaux réguliers avaient été taillés. Cette déformation était passagère, et existait quand le malade riait. Un des lambeaux rapportés ne renfermait pas de muscles ou renfermait une portion de muscle dépourvue de nerf. Comme il s'agissait d'une lèvre supérieure restaurée, c'était l'un des muscles zygomatiques qui ne fonctionnait plus. De sorte que, quand le malade riait, un des coins de la bouche seulement était soulevé. Je croirais volontiers qu'il y avait une particularité analogue chez le malade de M. Gyoux. Il restait sans doute un muscle, ou une portion de muscle d'un seul côté, quelques fibres du peaucier ou du triangulaire du menton qui tiraient le lambeau. Sans doute une bride sous-cutanée, ou une cicatrice adhérente concouraient aussi à la déformation, mais que l'une ou l'autre cause ait existé il n'en reste pas moins une indication qui doit guider pour tailler les lambeaux dans des opérations semblables, ou pour commander une opération complémentaire autre que celle de MM. Camille Bernard et Desgranges.

Il est écrit dans les chapitres qui ont trait à l'autoplastie qu'il est inutile de chercher à conserver des nerfs dans les lambeaux. Cela est juste à plus d'un égard. Mais pour la face, pour la peau de cette région, où il y a des muscles peauciers, non-seulement les nerfs, mais encore les muscles doivent être l'objet de l'attention du chirurgien. Un muscle laissé dans un lambeau le tirera dans un sens variable. Un nerf moteur coupé, paralysant une commissure, sera la cause d'une déformation comme celle que l'on observe dans la paralysie faciale.

Or, ceci étant, on doit se demander s'il vaut mieux faire des lambeaux paralysés ou s'il vaut mieux ne se préoccuper ni des muscles ni des nerfs, sauf à recourir plus tard à des opérations complémentaires.

Je pense qu'en principe un lambeau paralysé est une mauvaise chose, et je crois qu'on peut établir la possibilité et l'utilité de la conservation des muscles dans les parties profondes. Ainsi les zygomatiques, le triangulaire du menton, le buccinateur et si on les coupe, de tacher de sauvegarder de façon à ce qu'ils soient également coupés pour qu'ils reprennent, sur des points symétriques, des lambeaux. En même temps il faudrait, je me hâte de le dire, ménager les nerfs moteurs de ces muscles, et cela est toujours facile puisque les nerfs arrivent dans ces organes par leur face profonde.

Si, malgré les précautions, les muscles étaient inégalement

coupés, une déformation existerait, et il faudrait y remédier. J'ai déjà dit qu'il ne me paraissait pas qu'on dût chercher la régularité au dépens de l'étendue de la bouche. Faute de mieux ou pourrait paralyser le muscle conservé par des sections sous-cutanées. Mais on pourrait souvent pratiquer, du côté dévié, une perte de substance en dehors du bord libre des lèvres, afin de relever les parties abaissées. Je sous-entends, on le comprend, les opérations nécessitées par des cicatrices manifestement adhérentes.

Votre commission vous propose, d'ailleurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Gyoux et de déposer son observation dans nos archives.

M. Laborie. Il y a probablement une erreur dans les appréciations de M. Després; notre collègue parle, dans son rapport, d'une diminution de 4 centimètres dans les dimensions transversales de la bouche. S'il en était ainsi, la bouche aurait presque complétement cessé d'exister; elle se trouverait au moins réduite à un orifice très-insuffisant.

M. Verneuil. Il y a bien, dans l'opération dont il a été question, une diminution de deux centimètres pour chacun des côtés de la bouche, mais tout s'explique lorsqu'on remarque que la perte de substance intéresse non pas la lèvre, mais bien la joue.

Une question intéressante a été soulevée dans le rapport, c'est celle de la conservation des nerfs dans les lambeaux autoplastiques. A part la rhinoplastie frontale, on peut dire que les lambeaux sont ordinairement privés des nerfs importants, ce qui n'a pas d'inconvénient.

La conservation des nerfs n'est point indispensable, je serais même disposé à croire que leur présence nuirait plutôt à la réunion des tissus divisés. Il y aurait à ce sujet des expériences comparatives qu'on pourrait faire sur les animaux.

Quant à ce qui touche les opérations complémentaires immédiates, il ne faut point se presser, car la nature est susceptible de réparer spontanément des pertes de substance considérables; en particulier pour ce qui concerne les tumeurs des lèvres, j'ai presque abandonné ces grandes autoplasties qui permettent de reconstituer, séance tenante, l'organe détruit. J'enlève la tumeur, j'abandonne les choses à la nature et plus tard j'exécute les restaurations devenues indispensables. J'ai pu

constater tout récemment combien la nature est capable de réparer les pertes de substance subies par la lèvre inférieure. Un homme avait eu la lèvre mangée dans une rixe, on pouvait constater une plaie de quatre centimètres; aujourd'hui, après six semaines, la perte de substance se réduit à une fente verticale mesurant un centimètre en hauteur et trois à quatre millimètres dans le sens transversal.

M. Desormeaux. Je suis très-partisan qu'on abandonne aux efforts de la nature la réparation des blessures de la face. Il ne faut jamais se presser d'intervenir, j'ai pu constater maintes fois que des difformités considérables disparaissaient progressivement et qu'il fallait savoir attendre même plusieurs années.

M. Trélat. M. Després a parlé de la présence des muscles dans les lambeaux ; je pense qu'il faut proscrire la conservation des fibres musculaires, car il en résulterait des difformités consécutives. Les lambeaux ainsi doublés seraient trop épais, la présence des muscles pourrait déterminer des tiraillements regrettables, enfin, pour conserver les muscles, il faudrait inutilement pratiquer des plaies trop profondes.

M. Després. Je pense qu'il est inutile de conserver les nerfs dans les lambeaux autoplastiques, mais si l'on croyait utile de conserver un muscle dans l'intention d'obtenir un mouvement, il serait désirable que ce muscle fût accompagné de son nerf moteur. Je pense qu'il n'est pas bon de conserver les muscles, et cela pour les raisons énoncées par M. Trélat. Dans mon rapport, j'ai voulu dire qu'on devait conserver intacts les muscles afin que les lambeaux fussent mis en rapport avec une couche musculaire sous-jacente capable de les mouvoir. En terminant, je désirerais connaître l'opinion de M. Verneuil touchant les opérations de M. Desgranges.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Després que, suivant moi, les opérations auxquelles il a fait allusion compliquent beaucoup trop le traumatisme; l'ablation des tumeurs des lèvres devient alors une opération longue qui entraîne une perte de sang notable. Il faut autant que possible reconstituer la bouche, et, quand cet orifice est par trop étroit, il suffit de deux incisions latérales pour obtenir un bon résultat.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur de la mâchoire inférieure.

M. Houel. Je désire présenter à la Société un malade que j'ai opéré pour une douleur fibro-kystique de la mâchoire inférieure. J'ai fait la résection d'une seule incision contournant le bord inférieur de l'os. La section porte à droite au niveau de la dernière molaire, à gauche elle correspond à la première molaire. Pendant l'opération, nous avons observé les accidents de la rétrocession de la langue. Il a été nécessaire de fixer l'organe au moyen d'un fil, et pendant huit jours cette précaution est demeurée indispensable. Vous pouvez constater que la difformité est actuellement presque nulle. Le malade porte un appareil qui lui permet de mâcher et de parler très-distinctement. Cette restauration qui avait été inutilement essayée par deux fabricants, a réussi définitivement entre les mains d'un dentiste, M. Desjardins.

M. Legouest. J'ai fait une opération analogue, il y a maintenant six ans, et, comme M. Houel, j'ai observé la rétrocession de la langue. Je revois souvent mon opéré, il porte un appareil qui fonctionne très-bien, mais ce résultat n'a été obtenu qu'après plusieurs tâtonnements; en général, après les opérations sur le maxillaire inférieur, il est nécessaire que la pièce artificielle prenne un point d'appui sur la branche montante de l'os maxillaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1867

Présidence de M. Legouest

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le Secrétaire général donne l'analyse de divers travaux qui ont été adressés à la Société de chirurgie par l'un de ses correspondants, M. Borelli.

M. **Giraldès**. Je crois que M. Borelli exagère quand il dit que la dilatation excessive de l'urèthre est inoffensive chez la femme. L'idée d'extraire les calculs de la vessie à la faveur d'une distension de l'urèthre, constitue une pratique bien ancienne ; elle a été abandonnée par les chirurgiens les plus autorisés, parce que l'opération ainsi pratiquée entraînait à sa suite une incontinence d'urine souvent incurable. L'année dernière j'ai employé , chez une petite fille , le procédé que recommande M. Borelli. Il s'agissait d'un calcul mesurant 5 centimètres en longueur et 4 centimètres transversalement. J'ai dilaté l'urèthre avec le doigt, puis, ayant rencontré le calcul, j'ai guidé, sur le doigt, des tenettes : la pierre a été saisie, mais l'extraction ne pouvant se faire, j'ai dû faire un débridement du col de la vessie. L'enfant a guéri ; mais, après plusieurs mois, elle conservait encore une incontinence absolue de l'urine. Pour terminer ce point de pratique, je dirai que ce n'est point sur trois observations seulement qu'on peut s'appuyer pour formuler des principes aussi absolus que ceux que l'on trouve dans le mémoire de notre correspondant.

M. Borelli a apporté, pour l'exécution de la taille médiane, des modifications qui ne me paraissent pas satisfaisantes. La ponction rapide du périnée expose certainement à la blessure du bulbe. Du reste, la manière de faire recommande M. Borelli a bien l'air d'une réminiscence du procédé de Bucchanam (de Glascow).

Ceux qui ont fait un certain nombre de fois la taille savent très-bien que c'est une opération qui doit être exécutée avec ménagements, et ils seront d'accord avec moi pour rejeter ces procédés, qui n'ont pour eux que le brillant d'une exécution rapide.

M. **Verneuil**. Je partage la manière de voir de M. Giraldès, mais je dois dire que M. Borelli a été au-devant des objections puisqu'il indique dans son travail quelle est la direction toute spéciale qu'il faut donner au bistouri pour éviter la lésion du bulbe.

M. **Guérin**. Neuf fois sur dix le bulbe est intéressé. J'ai assisté pour ma part à un certain nombre d'opérations de taille ; parfois il a fallu comprimer afin d'arrêter le sang qui s'opposait à l'achèvement de l'opération. Ces prétendues hémorrhagies par lésion des artères du périnée ne sont autre chose que des bles-

sures du bulbe. Arriver directement dans la cannelure du cathéter par une ponction rapide, c'est s'exposer certainement à la blessure du bulbe. Pour ma part, j'ai l'habitude de disséquer le bulbe; je l'isole et je le reporte en avant.

En Angleterre, on incise à peine la prostate au moyen du gorgeret tranchant, et c'est avec le doigt qu'on donne au col de la vessie les dimensions nécessaires à l'introduction des tenettes; de cette façon, on déchire les tissus; aussi je préfère l'incision large telle qu'elle est employée dans notre pays.

M. **Hervez de Chégoin.** Il y a environ cinquante ans que, dans un mémoire sur les causes de mort après l'opération de la taille, j'ai exactement dit ce que vient de formuler M. Guérin. J'ai soutenu l'importance qu'il y a dans l'opération de la taille, de faire des incisions dont les limites soient bien déterminées. Le gorgeret tranchant me paraissait un mauvais instrument. Résumant ma pensée, j'ai pu dire, en deçà des limites de la prostate point de danger, au delà des limites de la prostate pas de salut.

M. **Giraldès**. Il est très-vrai que, dans l'opération de la taille, on évite rarement le bulbe; il est également vrai que les hémorrhagies importantes proviennent de la lésion de cet organe. Je pense que M. Guérin a été mal renseigné lorsqu'il affirmait que les chirurgiens anglais se servent du gorgeret tranchant, il n'en est rien. Ils ont recours à l'incision avec le bistouri, et, aussitôt que la plaie est faite, ils achèvent l'ouverture du col par l'introduction du doigt.

M. **Guérin**. Les renseignements que j'ai donnés sur la pratique anglaise m'ont été fournis par de nombreux médecins. Quoi qu'il en soit, et après les assertions de M. Giraldès, il demeure évident que les chirurgiens anglais font une petite plaie du col et qu'ils achèvent l'ouverture de la vessie par l'introduction du doigt. Je crois, pour ma part, qu'il vaut mieux faire une large incision du col.

M. **Chassaignac**. Si j'ai bien compris, M. Borelli ne coupe pas le col de la vessie, il se contente de le dilater par la plaie médiane. Ce n'est point là une taille.

Toutes les fois qu'on ne coupe pas franchement le col de la

vessie on n'est jamais sûr d'entrer jusque dans le réservoir de l'urine. Les tenettes peuvent s'enfoncer dans l'épaisseur du périnée, dévier plus ou moins, et préparer ainsi une série d'accidents consécutifs. La pratique a démontré l'utilité des grandes incisions, car les petites ouvertures exposent à l'infiltration urineuse. Je vois avec crainte recommander la dilatation du col de la vessie. Quelles que soient les dimensions du calcul lorsqu'il est chargé par la tenette, on ne peut franchir le col de la vessie sans déchirer plus ou moins cet organe. Si, au préalable, on a fait une incision de la prostate, la déchirure se fait néanmoins, mais plus régulière, et par conséquent moins grave que lorsqu'on se contente de la simple dilatation du col.

On recommande la taille médiane, on veut éviter le bulbe, et il reste au périnée une étendue de 1 centimètre et demi par lequel on voudrait faire sortir de gros calculs.

La taille bilatérale offre de précieuses ressources, elle permet le passage de calculs énormes, on évite la blessure du bulbe en contournant le rectum. La blessure du bulbe a de graves inconvénients ; il faut éviter cette lésion, car l'hémorrhagie est un danger, non pas tant à cause de la quantité de sang perdu, que par suite des moyens qui deviennent nécessaires pour obtenir l'hémostate.

En pareil cas, que fait-on ? le tamponnement de la plaie, c'est-à-dire qu'on expose les blessés à l'infiltration de l'urine. C'est pour remédier à ces inconvénients que j'avais proposé la taille par l'écrasement linéaire.

M. **Verneuil**. Dans sa communication, M. Borelli revendique seulement l'idée d'avoir abrégé le premier temps de la lithotomie, c'est-à-dire celui qui consiste à arriver jusqu'au cathéter.

On peut laisser de côté cette innovation discutable, ce qu'il me paraît important à faire ressortir, et cela à l'occasion du travail de M. Borelli, c'est que la taille médiane tend à conquérir, soit en France, soit à l'étranger, la prééminence qu'elle aurait dû toujours conserver sur les autres manières de tailler.

La discussion sur la valeur comparative des grandes et des petites incisions est jugée depuis longtemps. Malgaigne a parfaitement résolu ce point de pratique.

On pourrait encore discuter aujourd'hui sur la valeur comparative des moyens d'ouvrir le col de la vessie, mais toutes

les discussions n'ont plus de raison d'exister, du moment que les chirurgiens peuvent associer la lithotritie à la taille médiane.

On n'a plus le droit de violenter le col de la vessie puisqu'on est en mesure de réduire le calcul aux dimensions de la plaie. Cette question de la combinaison de la taille à la lithotritie est fort ancienne, elle a été parfaitement étudiée par M. Bouisson (de Montpellier), puis elle a été reprise par notre collègue, M. Dolbeau, dans son livre sur le traitement de la pierre vésicale. A l'appui de cette pratique, je citerai un fait récent : j'avais dans mon service un homme porteur d'un calcul mesurant 3 centimètres et demi ; la lithotritie déterminait des accidents sérieux ; j'ai pratiqué la taille médiane sans blesser le bulbe, j'ai ouvert le col de la vessie ; immédiatement j'ai pu placer le gorgeret et débrider le col avec un bistouri boutonné. Le calcul chargé, j'ai compris qu'il faudrait une traction considérable pour sortir la pierre ; immédiatement j'ai fragmenté le calcul et l'extraction a été des plus simples. Le malade a guéri très-bien, mais cinq mois après il mourait phthisique.

M. **Demarquay**. Je ne saurais donner mon approbation à la pratique de M. Borelli. L'opération de la taille est assez grave pour que l'on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. La taille médiane peut être bonne, mais, dans certaines conditions déterminées ; il faut que les sujets soient jeunes, et la pierre peu volumineuse. Chez les vieillards, le col de la vessie ne se dilate point, il faut, pour extraire les calculs volumineux, ouvrir largement la voie en incisant à droite et à gauche.

En général, voici comment je procède : je fais l'incision bilatérale de la peau ; arrivé au col, j'introduis le doigt et je débride dans l'étendue nécessaire. Chez les vieillards, l'opération de la taille est grave, même quand on a recours à la fragmentation des calculs. Peut-être, lorsqu'il s'agit de pierre volumineuse devrait-on revenir à la taille sus-pubienne.

(La discussion sera continuée.)

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La Société, appelée à se prononcer sur la demande de l'honorariat, adressée par M. Larrey, décide à l'unanimité et au scrutin que M. Larrey sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1867

Présidence de M. Chassaignac

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Legouest, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. Gyoux, rappelant qu'il exerce à Saint-Jean d'Angély et non à Angoulême, comme cela a été dit dans le rapport de M. Desprès.

Une lettre de M. le professeur Richet, qui, ne pouvant assister régulièrement aux séances de la Société, demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

La Société, dans la séance prochaine, statuera sur cette demande.

La correspondance imprimée comprend :

Clinique ophthalmologique, par A. de Graefe. Edition française publiée par M. E. Meyer ; 2e partie.

Nouvelle espèce de fongus parenchymateux du testicule, par le Dr Sistach, médecin-major.

Descrizione d'una vettura di ambulanza, par le Dr Arena Gaetano. Torino, 1867.

De l'ophthalmie sympathique et de son traitement par la section des nerfs ciliaires, par le Dr Ed. Meyer.

Le Mexique considéré au point de vue médico-chirurgical, par le Dr Léon Coindet. Tome Ier. Paris, 1867.

M. **Larrey** remercie la Société d'avoir bien voulu le comprendre au nombre de ses membres honoraires.

COMMUNICATION.

M. **Guérin** communique l'observation suivante :

Corps étranger de l'oreille datant du 1er décembre 1866 (Mexique). Sorti le 4 juillet 1867 ; ayant vécu après sa sortie : deux mois environ.

> *Ixodes hominis*, arachnides encore très-mal connus.
> MOQUIN-FANDON, *Zoologie médicale*, p. 279.

François G..., militaire, 34 ans. Entré à l'hôpital de Vannes,

dans mon service, le 2 avril 1867, pour une affection rhumatismale contractée au Mexique.

Cette affection est générale : douleurs articulaires, musculaires, nerveuses ; déformation de la poitrine ; péricardite ; névralgie faciale très-douloureuse du côté droit.

Au milieu d'un cortége d'accidents aussi divers, je n'attachai que peu d'importance à la névralgie faciale, la rattachant à la diathèse générale ; mais, le 3 ou le 4 juillet au matin, G... me présenta l'arachnide qui fait le sujet de cette note et qui venait de sortir de son oreille droite après un séjour de sept mois.

J'ai cru pouvoir reconnaître un tique ou ixode arachnide de la famille des acariens.

G... me raconta alors que, se rendant de San-Luis de Potozi à Orizaba, au moment du rapatriement des troupes du Mexique, il couchait tantôt sur la terre nue, tantôt dans les masures abandonnées. C'est à cette époque, premiers jours de décembre 1866, que cet insecte lui serait entré dans l'oreille droite.

Il en souffrit peu d'abord ; mais les douleurs augmentèrent, et, à Brest, il fit part à un médecin de ses douleurs et de la crainte qu'il avait *d'avoir une bête dans l'oreille*. Le médecin consulté ne vit rien, et G... n'en parla plus.

Admis à l'hôpital de Vannes, il ne m'en parla pas davantage. Cet insecte a pu vivre presque sans nourriture jusqu'à la fin du mois d'août sans avoir sensiblement diminué de volume.

La douleur cessa après la sortie de l'insecte.

Plusieurs membres, après avoir examiné l'insecte, déclarent qu'il est encore manifestement vivant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. **Tillaux** présente à la Société un jeune garçon de 9 ans, et demande à ses collègues leur opinion sur le diagnostic et surtout le traitement de l'affection dont il est atteint.

Cet enfant s'est toujours bien porté jusqu'à il y a quatre mois environ. Sa mère s'aperçut à cette époque de la présence d'une petite tumeur dans la région sus-claviculaire droite. Croyant que c'était une glande, elle n'y fit pas autrement attention ; mais la tumeur augmentant sensiblement, la mère amena son fils à la consultation de Bicêtre le 17 octobre dernier.

Vous pouvez constater sur cet enfant qu'il existe une tumeur volumineuse occupant tout le triangle sus-claviculaire droit, qu'elle déborde de toutes parts.

La peau qui la recouvre laisse apercevoir au-dessus d'elle une teinte violacée. La tumeur offre au toucher une mollesse toute particulière ; elle fuit sous le doigt qui la presse. Elle pa-

raît être en partie réductible ; elle est du moins très-dépressible.

Elle n'est agitée d'aucun battement.

Mate à la percussion, elle donne à l'auscultation un bruit de souffle léger, intermittent, sans trilles ; la pression exercée au-dessus et au-dessous d'elle sur les vaisseaux du voisinage, n'amène pas de changement appréciable dans son volume et sa consistance. Toutefois, elle augmente et se tend lorsque l'on fait mettre l'enfant la tête en bas.

Elle n'est pas douloureuse à la pression et ne détermine aucune gêne dans les mouvements du membre supérieur ou de la tête.

Je dois signaler un détail qui me paraît important, c'est que l'enfant avait l'habitude de faire *le poirier*, c'est-à-dire rester le long d'un mur la tête en bas et les pieds en haut.

Je crois avoir affaire à une tumeur veineuse : c'est pour moi une dilatation considérable d'une des grosses veines du cou, soit la jugulaire interne où la sous-clavière à leur point de jonction. Je serais heureux d'ailleurs d'avoir l'opinion de collègues plus expérimentés que moi sur une maladie qui est, je pense, très-rare.

Dans le cas où ils confirmeraient mon opinion, je leur demanderais conseil sur le traitement à suivre, car jusqu'ici la compression et le repos auxquels j'ai soumis le malade n'ont amené aucun résultat, et j'avoue que je suis fort embarrassé.

DISCUSSION.

M. **Després**. Le diagnostic offre ici des difficultés qui seraient probablement toutes résolues par une ponction exploratrice.

La tumeur présente des symptômes importants : 1° elle est bilobée, d'une mollesse qui rappelle la consistance des adénolymphocèles ; 2° il y a une sorte de frémissement analogue à celui des kystes hydatiques. Je serais disposé à admettre l'existence d'un kyste.

M. **Demarquay**. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une tumeur veineuse. La coloration bleuâtre de ces tumeurs fait ici défaut ; on n'observe aucune tension dans les veines du cou. Avant d'instituer un traitement, je serais d'avis d'aspirer quelques gouttes du liquide contenu au moyen de la seringue de Pravaz.

M. **Lefort**. La tumeur que nous venons d'examiner présente une mollesse particulière ; elle tremblotte à la manière des kystes mal remplis. Cette tumeur ne se tend pas sous l'influence des efforts, enfin elle est légèrement transparente. Si cette production n'était pas située sous la peau, je croirais qu'il s'agit là d'un kyste des ganglions du cou. Je me rattache à l'idée d'une collection séreuse avec décollement de la peau, telle que les a décrits Morel Lavallée.

M. **Desormeaux**. Je pense qu'il faut éloigner l'idée d'une tumeur veineuse, car la tumeur n'est influencée ni par les changements de position, ni par les mouvements respiratoires; du reste, la question du diagnostic me paraît complétement jugée par suite de la transparence de la tumeur. J'admets pour ma part un kyste séreux.

M. **Tillaux**. Je remercie mes collègues, je compte faire une ponction exploratrice.

Suite de la discussion sur la taille médiane.

M. **Giraldès**. J'ai demandé la parole pour exonérer la taille médiane des reproches qui lui ont été adressés par certains de nos collègues. Si la valeur clinique de la taille médiane n'est pas encore parfaitement établie, on peut cependant affirmer que c'est un bon procédé de taille, à la condition de faire intervenir la tenette à écrasement.

La taille médiane a été pratiquée dès la plus haute antiquité, mais elle a été remise en honneur il y a une quinzaine d'années, par les tentatives de Civiale qui pratiquait la taille médio-bilatérale. En Angleterre, la taille médiane, quoique employée exceptionnellement a été exécutée un grand nombre de fois par un chirurgien auquel elle avait emprunté son nom. C'est la taille d'Allarton. En Allemagne on emploie peu la taille mediane, elle figure à peine dans des relevés qui portent sur deux ou trois mille opérations.

C'est à tort que l'on a dit que la taille médiane n'était point applicable à tous les cas. Voici, du reste, quelques chiffres : De 1 à 10 ans, 63 opérations ont fourni 2 morts ; de 10 à 20 ans, 18 opérations ont donné 1 mort seulement, de 20 à 30 ans, 12 opérations et 12 succès, de 30 à 40 ans, 7 opérations, 7 guérisons ; de 40 à 50 ans, 6 opérations, dont 2 morts; de 60 à 70 ans, 13 opérations, 1 mort; de 70 à 80 ans, 28 opérations, 7 morts.

Je suis loin d'accepter ces chiffres comme représentant exactement la réalité, il faudrait pouvoir discuter les observations, mais enfin, tels qu'ils sont, les résultats pris en masse permettent d'affirmer que la taille médiane est une bonne opération. A Bristol, 132 tailles médianes n'ont fourni qu'une mortalité de 1 sur 10 ; la statistique d'Allarton porte sur 153 opérations et on ne compte qu'un mort sur onze.

J'ai dit tout à l'heure que la valeur relative de la taille médiane restait à démontrer; ainsi, à l'hôpital de Norwich, sur 44 tailles médianes on comptait 11 morts, sur 44 tailles latéralisées, 2 morts seulement. Si l'on s'en tenait à ces derniers chif-

fres, la taille latéralisée devrait être préférée ; je dois ajouter, cependant, que, pour ces mêmes opérés, une moyenne de 30 jours a suffi pour guérir ceux qui avaient subi la taille médiane, tandis que les opérés par la taille latéralisée n'ont été rétablis qu'après une moyenne de 37 jours de traitement.

Pour apprécier comparativement les différents procédés de taille, il faut tenir compte de circonstances très-diverses ; on peut cependant dire que la taille médiane et la taille latéralisée donnent des résultats capables de les faire préférer aux différentes tailles bi-latérales.

La taille latéralisée permet de sortir d'aussi gros calculs que la taille bilatérale, et la durée de la guérison est certainement moins grande lorsque la section a porté seulement sur un côté.

Je reviens au procédé de M. Borelli, et je ne crains pas d'affirmer qu'en opérant comme l'indique notre correspondant, on couperait certainement le bulbe. M. Guérin recommande de reporter le bulbe en avant, après l'avoir isolé au préalable, c'est là un procédé d'amphithéâtre, d'une exécution difficile sur le vivant. La blessure de la pointe du bulbe est-elle donc si dangereuse qu'on fasse tant d'efforts pour l'éviter ?

J'ai fait 41 fois l'opération de la taille, j'ai toujours coupé la pointe du bulbe, et je déclare que je n'ai point observé d'accidents dépendants de cette lésion. Certes, il faut éviter, autant que possible, la section du bulbe, mais il ne faut point ici exagérer la gravité. Quant au gorgeret tranchant, l'expérience l'a fait abandonner, il est probable que M. Guérin a confondu le gorgeret tranchant avec le gorgeret conducteur.

Je me résumerai en disant que la taille médiane, loin d'être rejetée, devrait être étudiée avec le désir de fixer définitivement sa valeur clinique. Les résultats qu'elle a fournis sont de nature à encourager les chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1867

Présidence de M. Legouest.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Chenevier, chirurgien en chef de l'hôpital de Besançon, adresse une observation intitulée : *Luxation traumatique de l'extrémité supérieure du radius en dehors.*

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine, *Gazette des hôpitaux, Gazette hebdomadaire, Union médicale, Bulletin de thérapeutique* (nov. 1867).

Archives générales de médecine (déc. 1867).

L'Union médicale de la Provence.

Journal de médecine de l'Ouest.

Revue médicale de Toulouse.

Le Sud Médical (Marseille, 1er no, nov. 1867).

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat (1866-1867).

Société impériale de médecine de Marseille (oct. 1867).

Division congéniale du sternum ; — de l'oblitération des veines jugulaires comme complication des affections cardiaques ; — du traitement des abcès du foie, observations recueillies à Mexico et en Espagne, par M. Lino Ramirez, docteur en médecine de la Faculté de Mexico.

Des varices artérielles et des tumeurs cirsoïdes, par le docteur Laburthe, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Clinique chirurgicale du professeur Sédillot (année 1866, Strasbourg), par le docteur Kien, premier interne.

De l'ablation des malléoles fracturées dans les luxations du pied, compliquées d'issue des os, par le professeur Sédillot (Strasbourg).

De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique, par le docteur Obédenare (de Bucharest), Paris, 1866.

Clinical illustrations of various forms of cancer and of other discases likety to be mistaken for them, by Oliver Pemberton, professor of surgery Birmingham. Un magnifique volume grand in-4° illustré de planches.

Army medical departement. Statistical, sanitary and medical reports. Vol. VII, 1865.

M. **Dolbeau** rend compte d'une observation de luxation de l'extrémité supérieure du radius ; cette observation a été adressée par M. Chenevier, professeur de clinique, à Besançon.

RAPPORT.

M. **Després** fait un rapport verbal sur un nouvel appareil à compression élastique imaginé par M. Sarazin.

COMMUNICATION.

Malformation de la voûte et du voile du palais. Circonstances exceptionnelles.

M. **Trélat**. Le fait dont je vais entretenir la Société est à la fois singulier et intéressant. Il est singulier en ce sens que nous aurions sous les yeux un cas de réparation spontanée d'une division congénitale du voile du palais plusieurs années après la naissance. Le fait est qu'on observe des traces manifestes de réunion des deux moitiés du repli palatin; quant au passé, je suis obligé de m'en rapporter entièrement au récit du malade, et, quelques précautions que j'aie prises, quelque réitérées qu'aient été mes interrogations, il y a lieu de rester dans une certaine réserve. Au reste, vous en jugerez mieux en vous reportant aux détails de l'observation et en examinant le sujet que je vais vous présenter. Je ne connais dans la science aucun fait semblable à celui-ci. Je connais des cas de guérison de division palatine ou labiale pendant la vie intra-utérine avec cicatrice apparente à la naissance, mais ni la lecture, ni l'observation directe ne m'ont permis de constater des guérisons postérieures à la naissance et surtout pour le plancher de la bouche.

Sur ce premier point, je me borne à cette simple mention : tout porte à croire que nous sommes dans le vrai; j'ai pris toutes les précautions possibles, mais, comme il s'agit d'un récit de malade, comme le fait n'a pas eu de témoins, et que d'ailleurs il me paraît être sans précédent, je me serais reproché de ne pas vous le faire connaître, mais je me reprocherais plus encore de le donner comme absolument incontestable.

Maintenant voici le côté intéressant. L'année dernière, dans un rapport que je fis sur un travail de notre nouveau collègue, M. Liégeois, je développai cette idée que les divisions du voile du palais s'accompagnent fréquemment de malformations ou d'insuffisance de la voûte palatine; que ces malformations, souvent inaperçues, rendent le voile du palais plus court en déplaçant son attache intérieure, et qu'en somme, l'étendue de cette insuffisance de la voûte est la cause fondamentale du succès ou de l'insuccès des opérations plastiques au point de vue des fonctions vocales. En d'autres termes, la staphyloraphie restitue la parole quand la voûte palatine est bien conformée, tandis qu'elle n'atteint pas ce résultat dans le cas contraire.

Or, notre homme est précisément dans l'état d'un opéré guéri de staphyloraphie. Qu'importe le mécanisme de cette guérison ? Il y a une réunion cicatricielle antéro-postérieure des deux moitiés du voile; d'autre part, la prononciation est vicieuse, et vous pourrez vous-mêmes constater les lacunes ou les défauts notés dans l'observation. (Ici M. Trélat fait lire le malade à haute voix.) Le *t*, le *q*, le *g* dur sont impossibles; le *d* est remplacé par un son voisin du *gn;* l'*s* ressemble fort au *ch*. Cependant le voile est souple, mobile, contractile, ni tendu, ni bridé, mais il ne peut ni toucher, ni même approcher la paroi pharyngienne ni la base de la langue. En même temps, le palais osseux qui a d'habitude 60 millimètres environ depuis le rebord alvéolaire jusqu'à son bord palatin, présente ici des dimensions beaucoup plus restreintes; de plus, au lieu que ce bord postérieur soit étendu entre les deux dernières molaires avec une petite saillie médiane en forme d'épine, ce qui est la disposition normale; il est ici fortement échancré suivant une courbure convexe en avant, c'est-à-dire beaucoup plus rapproché des alvéoles antérieures.

C'est donc une nouvelle preuve à l'appui des faits que j'ai avancés. En effet, nous avons ici une réunion staphylienne fort ancienne, des efforts pour améliorer le langage suivis d'un succès partiel, une difformité de la voûte palatine, un vice de prononciation persistant : c'est l'enchaînement de faits sur lequel je désirais fixer votre attention.

Voici maintenant l'observation qui a été recueillie par M. Sautereau, interne de mon service :

Obs. Charles G..., serrurier, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 14 novembre 1867.

Cet homme est bien constitué et habituellement bien portant.

Le motif de son entrée est une ténosite sèche, bornée à la gaîne du long extenseur du pouce gauche, et qui se diagnostique aisément, grâce à la crépitation particulière dont elle est accompagnée.

Mais d'autres signes caractéristiques attirent l'attention sur la cavité buccale de ce malade.

Il prononce avec difficulté certaines lettres, ne peut en articuler certaines autres, et chaque son émis par le larynx est accompagné chez lui d'un nasonnement accentué.

Il semble même que l'articulation des mots exige impérieuse-

ment chez lui le concours des muscles de la face, car il ne peut parler sans faire plusieurs grimaces exécutées spécialement par les zygomatiques et les muscles des ailes du nez.

Ouvre-t-il la bouche, sans qu'il soit même besoin d'abaisser la base de la langue, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx à travers l'isthme du gosier, dont les dimensions dépassent celles de l'état normal.

Cette disposition résulte manifestement de la brièveté de la paroi buccale supérieure, voûte et voile du palais.

La hauteur de cette paroi, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'au bord libre du voile est de 60 à 65 millimètres, dont 32 millimètres pour la voûte palatine, et 30 millimètres au moins pour le voile du palais.

La longueur de ce dernier repli est donc à peu près la même qu'à l'état normal, tandis que la voûte osseuse est notablement plus courte.

La luette est rudimentaire ; elle est représentée par une saillie ou tubercule arrondi, un peu déjeté à droite. On remarque en outre, à la partie médiane du voile du palais et au niveau de sa jonction avec le bord postérieur de la voûte palatine, une tache d'un blanc grisâtre, presque transparente, tranchant sur la coloration rosée du reste du repli, à bords sinueux et de forme à peu près ovalaire, mesurant environ 3 centimètres de hauteur ; elle aboutit, en bas, à une ligne de même couleur qui, suivant à peu près la portion médiane, vient se terminer à la partie latérale gauche du tubercule qui a remplacé la luette.

La palpation à l'aide du doigt indicateur permet d'apprécier la forme de la voûte palatine. Son bord postérieur est sinueux et forme une courbe à concavité postérieure dont le centre correspond à sa portion médiane. C'est cette courbe qui détermine la brièveté antéro-postérieure très-prononcée de la voûte.

Les deux piliers du voile du palais existent, comme à l'état normal ; le postérieur cependant est moins saillant en dedans ; la loge amygdalienne est plus petite que chez d'autres sujets.

Le voile du palais est mobile ; il s'élève et s'abaisse aisément, bien qu'il ne puisse parvenir à fermer l'orifice postérieur de la bouche. Quand on porte le doigt à travers l'isthme du gosier jusque vers la paroi postérieure du pharynx, au lieu de rencontrer le voile du palais tendu comme un rideau, on passe aisément au-dessous de son bord inférieur fortement échancré sur la ligne médiane. Cette disposition, due à la brièveté de la

voûte osseuse, peut être constatée par la vue en provoquant, par un attouchement, la contraction du voile.

La déglutition est facile et régulière, et les seules fonctions que cette malformation trouble, sont celles de la phonation, encore faut-il dire que la prononciation est médiocrement vicieuse et la parole très-intelligible.

La voix, quel que soit le son émis par le larynx, est nasonnée : ce timbre s'explique aisément, par cela que les ondes sonores, à cause de l'exiguïté de la voûte palatine, trouvent une entrée plus facile dans la cavité nasale où elles retentissent.

Les voyelles, et la plus grande partie des consonnes s'articulent avec facilité. D'autres, au contraire, trouvent dans cette disposition particulière de la bouche, un obstacle insurmontable.

Nous n'avons jamais pu faire prononcer les consonnes *d*, *t*, *q*, *k*, *g* dur et *s*. Lui ordonne-t-on de dire *gomme*, *campagne*, *ton*, malgré ses efforts et sa bonne volonté, il ne parvient à faire entendre que *omme*, *ampagne*, *on*.

Ces consonnes font partie de celles que M. Fournier appelle glosso-palatines postérieures ; c'est-à-dire que, pour les prononcer, il faut que la base de la langue s'applique au voile du palais de manière à fermer l'orifice postérieur de la bouche. La consonne est alors émise au moment où cette occlusion cesse brusquement. Or, cette condition ne peut être remplie par le sujet de cette observation à cause de l'insuffisance de la paroi supérieure de la bouche.

Une question se pose naturellement ici. D'où provient cette malformation? On écarte vite l'hypothèse de la syphilis en écoutant le récit du malade. Celui-ci raconte, en effet, qu'il a toujours eu cette difficulté de la parole et ce timbre de voix nasonné, que l'un et l'autre de ces défauts étaient même plus accusés dans son enfance, et que c'est par l'habitude et avec le temps qu'il est parvenu à prononcer des mots dont l'usage lui était interdit autrefois; que vers l'âge de 10 à 12 ans, il fut même examiné par un chirurgien qui conseilla de le faire opérer plus tard : il croit qu'à cette époque il y avait division de son voile du palais. Il déclare en outre qu'à sa connaissance, il n'a jamais eu la syphilis; qu'il n'a jamais fait aucun traitement spécifique, pilules ou potions; qu'il n'a jamais souffert de la gorge; enfin, il ne porte aucune marque syphilitique. Tout porte donc à croire qu'il s'agit là d'une division congénitale du voile du palais, avec insuffisance de la voûte palatine, et qu'il se serait fait

spontanément, à une époque indéterminée, un travail de cicatrisation qui aurait remédié en partie au vice de conformation.

M. **Demarquay**. A l'appui des opinions de M. Trélat, je rapporterai le fait suivant. J'ai été consulté par un monsieur qui portait les traces évidentes d'un bec-de-lièvre, dont la guérison avait été obtenue par les seuls efforts de la nature. Depuis, ce monsieur est devenu père d'un enfant portant un bec-de-lièvre double, avec division de la voûte palatine. Je connais diverses familles dans lesquelles le bec-de-lièvre est manifestement héréditaire.

M. **Verneuil.** Le bec-de-lièvre, même accidentel, peut guérir spontanément pendant la vie intra-utérine. J'en trouve la preuve dans une pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren.

Il s'agit d'un fœtus qui porte une cicatrice à la lèvre supérieure en même temps que dans le point correspondant de la lèvre inférieure on remarque une solution de continuité non réunie.

M. **Cloquet**. Les divisions de la lèvre peuvent guérir spontanément ; j'ai observé plusieurs enfants, venus au monde avec les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé plus ou moins régulièrement.

M. **Guersant**. Je n'ai jamais vu de cas analogues à celui que vient de nous présenter M. Trélat, mais j'ai observé, relativement très-souvent, des cas de guérison spontanée de bec-de-lièvre. J'ai vu, avec M. Danyau, un enfant qui, d'un côté, portait un bec-de-lièvre, et de l'autre côté les traces évidentes d'une guérison qui avait dû s'effectuer dans le sein de la mère.

M. **Trélat**. Je connais une quinzaine d'observations de guérison spontanée du bec-de-lièvre, mais je constate que personne, parmi les membres de la Société, n'a encore observé la guérison spontanée de la fissure palatine. Si l'on en croit le récit du malade, chez lui la guérison se serait effectuée postérieurement à la naissance.

Election d'un membre titulaire.

28 membres prennent part au scrutin.

M. Liégeois obtient 25 suffrages ;

M. Leroy d'Etiolles, 2 ;

M. Guéniot, 1.

En conséquence, M. Liégeois est élu membre titulaire.

Election d'un membre honoraire.

L. Société, appelée à se prononcer sur la demande d'honorariat, faite par M. Richet décide à la majorité de 26 voix sur 28 votants, que M. Richet sera inscrit sur la liste des membres honoraires.

COMMUNICATION.

Difformité du mal vertébral.

M. **Broca.** Il y a plusieurs années, j'ai soutenu l'existence de plusieurs espèces dans le mal vertébral de Pott. L'une de ces espèces, décrite par M. Ripoll (de Toulouse), sous le nom de polyarthrite vertébrale, consiste dans la destruction primitive des disques intervertébraux.

Plusieurs pièces, que j'ai pu examiner, m'ont démontré que, dans cette forme de mal vertébral, la gibbosité, au lieu d'être angulaire, offre une courbe régulière. Jai pensé qu'on pouvait tirer parti de cette particularité pour arriver au diagnostic de la polyarthrite vertébrale. Voici trois moules qui représentent la forme de la gibbosité et, dans l'un des cas, j'ai pu vérifier l'exactitude du diagnostic que j'avais porté pendant la vie. Tout en attachant de l'importance à la régularité de la courbure, je suis obligé d'admettre que des destructions partielles portant sur les corps vertébraux peuvent également donner naissance à une gibbosité non angulaire, et simuler la polyarthrite. Cette dernière hypothèse ne s'adressant qu'à des faits exceptionnels, je persiste à croire que la forme de la gibbosité peut être cliniquement utilisée dans le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral.

M. **Cloquet.** J'ai vu plusieurs fois des courbures régulières de la colonne vertébrale absolument analogues à celles dont M. Broca présente le moule. Le rachitisme des corps vertébraux peut avoir pour conséquence, ainsi que cela résulte de mes observations, la formation de gibbosités que M. Broca semble disposé à considérer comme caractéristiques de la polyarthrite vertébrale.

M. **Bouvier.** Les malades qui ont été observés par M. Broca n'étaient point atteints de rachitisme, puisque chez l'un d'eux, l'autopsie a démontré les lésions de la polyarthrite. Un autre de ces malades était paraplégique, ce qui exclut encore l'idée du rachitisme. Le diagnostic des différentes espèces de mal vertébral est toujours environné de grandes difficultés. Je me

rallie, du reste, à l'opinion de M. Broca, du moment qu'il veut bien admettre que, dans certaines conditions, la carie, les tubercules peuvent donner aussi naissance à des gibbosités régulières de la colonne vertébrale.

Je ferai remarquer que sur l'un des moules il y a manifestement des saillies anguleuses, c'est le fait dans lequel l'autopsie a démontré l'existence d'une polyarthrite.

M. **Marjolin**. Je n'ai guère observé qu'un seul cas de polyarthrite vertébrale; il est, du reste, bien difficile de préciser si ce sont les disques vertébraux qui sont primitivement malades. Dans les suppurations étendues de la colonne vertébrale, les disques sont presque complétement détruits. J'avoue que si l'on m'eût présenté le moule qui offre une gibbosité angulaire, je n'eusse point hésité à affirmer que les corps vertébraux étaient détruits. Certains enfants mal portants, rachitiques présentent parfois une courbure assez limitée de la colonne vertébrale ; dans ces cas, il faut savoir qu'il n'y a point de lésion et que la courbure tient à une inclinaison naturelle.

On a beaucoup parlé de l'influence de la masturbation sur la production du mal de Pott. J'ai fait sur ce sujet des recherches précises et je puis affirmer que, 19 fois sur 20, les gibbosités vertébrales ne coïncidaient point avec un développement anormal des organes génitaux.

M. **Broca**. Il ne serait point impossible que l'opération du moulage n'eût exagéré les saillies. Il suffit d'examiner ces moules de profil pour se convaincre que la gibbosité diffère de celle que l'on observe dans le mal de Pott tuberculeux. Il y a une erreur que l'on pourrait commettre, c'est de confondre la gibbosité de la polyarthrite avec celle qui s'observe dans la vieillesse. Les commémoratifs pourront seuls éclaircir le diagnostic.

M. **Bouvier**. A l'inspection de ces plâtres, je n'eusse point, comme M. Broca, admis l'existence d'une polyarthrite. Il est nécessaire, pour se prononcer, d'avoir assisté au début de l'affection. J'ai vu la carie vertébrale s'accompagner au début d'une gibbosité angulaire qui s'arrondissait ultérieurement par suite des progrès du mal. Pour affirmer la polyarthrite d'après la seule forme de la gibbosité, il faut être sûr qu'à aucune époque de la maladie, la colonne vertébrale n'a point été courbée angulairement.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1867.

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remercîment de M. Liégeois, nommé membre titulaire dans la dernière séance.

Une lettre de M. Marduel, qui adresse deux exemplaires de sa thèse pour le prix Duval. Cette thèse ayant été soutenue en 1867, appartient au concours de 1868.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine, *Union médicale*, *Gazette des Hôpitaux*, *Gazette hebdomadaire*.

L'Art dentaire (nov. 1867).

Montpellier médical (déc. 1867).

Journal de médecine (déc. 1867).

L'article *Attitude* (*Orthopédie*), par M. Bouvier, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Estudo sobre as hernias parietaes da lexiga e sobre os calculos vesicaes encarcerados, por le Dr da Silva Amado (Lisbonne, 1867).

Notice sur les titres, services et travaux scientifiques de M. le baron Hip. Larrey (nov. 1867).

Catalogue of the surgical section of the United States army medical Museum (Washington, 1866). Ce magnifique volume in-4° de plus de 1,000 pages, est illustré d'un grand nombre de figures gravées sur cuivre et de photographies.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Liégeois à prendre séance.

M. le Président informe la Société que le Bureau a été d'avis de déclarer vacante une place de membre titulaire.

M. Demarquay. Sur l'invitation de notre collègue M. Tillaux, j'ai pratiqué la ponction de la tumeur du cou sur la nature de laquelle la Société avait établi une discussion. Au moyen de la seringue de Pravaz, j'ai pu aspirer un liquide citrin renfermant une grande quantité d'albumine.

M. Demarquay insiste sur l'importance qu'il y a, en pratique, de faire les ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Boinet. Je désire soumettre à l'examen de la Société un jeune homme âgé de 19 ans, qui présente un phénomène assez singulier. Ce malade n'a jamais souffert, mais il suffit qu'il imprime des mouvements à son sapulum pour qu'il en résulte des deux côtés, mais surtout à gauche, une crépitation rude qui rappelle assez bien celle de l'arthrite sèche.

M. Demarquay. Dans un cas analogue, j'ai pu constater, par l'autopsie, qu'il existait une exostose éburnée des côtes, à la surface de laquelle frottait l'omoplate.

RAPPORT.

M. Verneuil fait un rapport sur les travaux de M. le docteur Patry.

M. Demarquay. L'un des faits qui se trouve rapporté dans le travail de M. Patry, m'engage à citer l'observation suivante :

Un jeune homme de 19 ans portait, à la partie moyenne du triangle de Scarpa, une fistule stercorale consécutive à une hernie étranglée non opérée. La longueur du trajet était telle qu'on pouvait y introduire la totalité d'un stylet de trousse : la cautérisation avec le cautère électrique, aidée d'une compression méthodique, a amené une guérison radicale.

M. Patry pense que les lombrics peuvent perforer l'intestin; je partage cette manière de voir, et j'ai eu la preuve de ce fait singulier en faisant l'autopsie d'un cheval qui avait succombé rapidement à la suite d'atroces douleurs abdominales.

Les travaux de M. Patry sont renvoyés au comité de publication.

RAPPORT.

M. Guérin fait un rapport sur une observation d'ovariotomie présentée par M. Dumesnil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

M. Boinet. Sans vouloir critiquer en aucune façon la conduite de notre confrère, je profiterai de la circonstance pour faire quelques remarques. Lorsqu'on pratique l'ovariotomie, il ne faut pas craindre de faire une large ouverture; sans cette précaution, on éprouve des difficultés pour extraire le kyste et pour nettoyer ensuite la cavité péritonéale. Il est difficile d'arrêter les hémorrhagies qui succèdent aux déchirures de l'épiploon, en employant soit le perchlorure de fer, soit même le fer rouge.

M. Demarquay. Il y a eu dans le cas de M. Dumesnil un accident qu'il n'est pas rare d'observer après l'ovariotomie. Notre confrère a eu à lutter contre la tympanite intestinale; dans le cas particulier, il est probable que l'accident reconnaissait pour cause un certain degré d'obstacle au cours libre des matières intestinales. L'incision de l'intestin a permis d'évacuer facilement tous les gaz, ce qui n'eût point eu lieu si réellement la tympanite tenait à une autre cause que celle que je viens d'indiquer. Je crois qu'il serait utile que l'on discutât dans la Société de chirurgie cette question si importante des tympanites à la suite des opérations sur l'abdomen.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Guérin, Demarquay et Boinet, la Société décide que l'observation de M. Dumesnil sera renvoyée au comité de publication.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Notta (de Lisieux). Frappé de la difficulté que l'on éprouve, dans certains cas d'atrésie pupillaire, à saisir avec une pince la membrane irienne fortement tendue pour en réséquer un lambeau, j'avais demandé, il y a longtemps, à M. Charrière, de me fabriquer un instrument qui fût à la fois un crochet et une pince.

M. Charrière fit un instrument que l'on ne saurait mieux comparer qu'à un petit lithotriteur, dont l'extrémité recourbée de la branche femelle se terminerait par une extrémité pointue plus saillante que l'extrémité de la branche mâle; quant à la branche mâle qui fait l'office de pince, elle est mobile et peut être mise en mouvement, à l'aide de l'index, par un petit anneau saillant qui existe à sa base. Cet instrument est figuré dans le troisième volume de la *Pathologie chirurgicale* de M. Nélaton, p. 143 (1854). Cependant ce mécanisme ne laissait pas à la main toute la précision désirable; M. Mathieu l'a modifié de la façon la plus heureuse, en diminuant sa longueur et en faisant mouvoir la branche mâle à l'aide d'une petite pédale située sur le manche, ce qui donne une grande précision au maniement de l'instrument.

J'ai eu l'occasion de l'employer deux fois pour une iridectomie, dans deux cas d'amaurose, et l'opération a été faite avec la plus grande facilité; une autre fois, dans un cas d'atrésie pupillaire, j'ai pu enlever un lambeau irien; enfin, dernièrement, M. Meyer s'en est servi avec succès pour pratiquer une pupille artificielle dans des circonstances défavorables.

LECTURE.

M. Edouard Cruveilhier donne lecture de deux observations de gangrène diabétique (Commis. : MM. Verneuil, Trélat et Tillaux).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1867.

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend les journaux de la semaine : *la Gazette des Hôpitaux, l'Union médicale, la Gazette hebdomadaire, l'Art dentaire, la Gazette médicale de Strasbourg.*

— *Bulletin de la Société médicale de l'Aube,* 1867.

— *Eulogy on the Late Valentine Mott.* By Alfred Post. New-York, 1866.

— *A Collection of remarkable cases in Surgery.* By Paul Eve, pofr. of Surgery at Nashville. Philadelphia, 1857.

A propos du procès-verbal.

COMMUNICATION.

M. Després présente un ixode de France, vulgairement appelé tique ou ricin, qui a vécu six semaines attaché au ventre d'un vieillard âgé de soixante-neuf ans, et demeurant à Paris, rue de Lourcine, depuis plusieurs années. Ce fait, dit le présentateur, n'a d'intérêt que comparativement à un fait récemment présenté à la Société, celui d'un ixode du Mexique logé dans l'oreille, et que, eu égard au siége de cet arachnide sur la peau du ventre. L'ixode est tombé seul, après avoir acquis le volume d'une amande de noisette, et le malade n'a jamais souffert, quoiqu'il y ait quelques rougeurs angioleucIques autour du point d'implantation de l'animal.

M. Liégeois. Les faits analogues à celui signalé par M. Després sont fréquents parmi les chasseurs. Dans une réunion composée de dix personnes, huit d'entre elles prétendaient avoir été atteintes de tiques. Un de ces mêmes chasseurs affir-

mait avoir, sept à huit fois, été dans la nécessité de se faire extraire un tique; chacune de ces petites opérations était suivie d'une lymphite et de douleurs qui persistaient plusieurs semaines. L'opinion des chasseurs est que ce petit animal prend naissance dans les bois, à la surface des feuilles.

M. Désormeaux. J'ai enlevé bien des fois des tiques, et en particulier chez un enfant qui en avait autour du cou et des oreilles; on avait cru à l'existence de petites tumeurs. Dans aucun cas l'extraction n'a été suivie d'accidents.

M. Boinet. Chez les gens de la campagne on observe les tiques sur toutes les parties du corps. Jamais, si j'en crois mon expérience, l'arrachement n'a provoqué d'accidents.

RAPPORT.

M. Giraldès lit un rapport qu'il a composé au nom de la Commission chargée de désigner un candidat à la place de membre associé étranger. L'élection aura lieu dans une prochaine séance.

ÉLECTION.

La Société procède à la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont désignés : MM. Després, Lefort et Tarnier.

COMMUNICATION.

M. Prestat, de Pontoise, présente une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante :

Observation de tumeur du testicule sur un enfant de neuf mois. Ablation du testicule.

Henry P..., âgé de neuf mois, d'un tempérament lymphatique très-accusé, enfant gras, mais mou et pâle, a présenté dès le cinquième mois de sa vie un gonflement du côté gauche des bourses. Lors de mon premier examen, la transparence de la tumeur, son poids relativement léger me donnèrent à croire que j'avais affaire à une de ces hydrocèles si fréquentes dans la première enfance et dont un bon nombre guérissent sans opération. Je prescrivis des applications d'eau

tenant en dissolution du sel ammoniac. Au bout de six semaines, voyant que je n'avais rien gagné, je conseillai des onctions avec une pommade contenant un gramme d'iodure de potassium pour trente grammes d'axonge. La maladie restait stationnaire, lorsqu'au milieu de novembre, cet enfant me fut ramené et je constatai que la tumeur était complétement opaque, qu'elle était beaucoup plus lourde et qu'elle augmentait rapidement de volume. Cette tumeur mesurait alors six centimètres en hauteur sur quatre de large. Elle était indolente, même à une pression modérée.

Une ponction exploratrice ne ramena que du sang en petite quantité et quelques gouttes d'un liquide visqueux et louche.

J'avais affaire à un sarcocéle tuberculeux ; les antécédents de la famille, — un frère aîné a succombé il y a trois ans à une phthisie pulmonaire; une autre fille est lymphatique et presque idiote ; — en outre, la coloration fraîche de l'enfant éloignaient l'idée d'un cancer, affection d'ailleurs assez rare chez l'enfant.

Après avoir pris conseil de notre collègue Marjolin, je proposai aux parents l'amputation du testicule, qui fut acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 30 novembre avec l'aide de mes collègues de l'Hôtel-Dieu. L'enfant préalablement chloroformé, je disséquai rapidement le testicule en enlevant une portion de la peau de la face antérieure du scrotum, une ligature en masse fut placée sur le cordon testiculaire à la sortie de l'anneau inguinal, aussi haut que possible et le cordon fut coupé en deçà de cette ligature. L'enfant perdit à peine une petite cuillerée de sang.

Le pansement fut à peu près celui d'une hernie inguinale opérée.

Sauf la douleur inévitable des premiers jours, les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La ligature se détacha le cinquième jour sous une légère traction; la plaie diminua rapidement et, aujourd'hui dix-neuf jours après l'opération, l'enfant est complétement guéri. Je vais diriger tous mes soins vers une modification de la constitution lymphatique de cet enfant, préoccupé que je suis de voir l'affection tuberculeuse se reproduire sur un autre organe. L'examen de la tumeur m'a montré la justesse du diagnostic. En incisant le testicule à la partie postérieure, j'ai mis à nu plusieurs tubercules gros comme des pois, d'une couleur jaune et encore consistants.

Plusieurs membres font observer qu'il serait nécessaire de faire l'examen microscopique de la tumeur pour déterminer quelle en est exactement la composition anatomique.

DISCUSSION SUR LA TAILLE MÉDIANE (SUITE).

M. Chassaignac. On fait aujourd'hui beaucoup moins l'opération de la taille, cependant il y a parmi les membres de la Société plusieurs chirurgiens dont l'opinion pourrait être invoquée.

Je désire néanmoins présenter quelques considérations pour compléter ce que j'ai déjà dit dans une précédente séance. L'opération proposée par M. Borelli n'est qu'une boutonnière. On préconise cette manière de faire en disant que cette ouverture suffit pour l'extraction de gros calculs. J'ai déjà dit que l'incision devait être large et intéresser le col de la vessie, la difficulté n'étant point de sortir le corps étranger, mais bien d'introduire les tenettes. On a invoqué ici les travaux de M. Bouisson, je dois déclarer qu'il n'y a point d'analogie entre la manière de faire du chirurgien de Montpellier et celle de M. Borelli. M. Bouisson a opéré seulement des enfants qui portaient de petites pierres, ce sont des opérations de taille réduites à des proportions minimes, mais il n'y a rien de comparable avec les opérations de M. Borelli, qui a extrait par la taille médiane des calculs volumineux. Je crains qu'en procédant de la sorte on ne produise des déchirures graves, et je déclare n'être point suffisamment édifié pour renoncer à des principes que je considère comme fondamentaux.

Il faut tirer de l'incision prostatique tout ce qu'elle peut donner, et cela pour entrer les tenettes, puis la dilatation fera le reste au moment de l'extraction.

M. Giraldès. Je partage l'opinion de M. Chassaignac; il ne faut pas extraire de gros calculs par la taille médiane, mais la valeur de cette opération devient toute différente lorsqu'à la petite incision on ajoute le broiement de la pierre. Avec la lithotritie périnéale, les mauvaises chances sont éloignées et la guérison est plus rapide.

On a dit que l'hémorrhagie nécessitait le tamponnement, et que de là naissait le danger de l'infiltration urineuse. Il n'est point possible d'accepter cette proposition quand on veut bien

se rappeler certains procédés de tamponnement qui permettent le libre écoulement de l'urine.

M. Verneuil. M. Giraldès a ramené la question sur son véritable terrain; la taille médiane ne peut être défendue qu'à la condition d'y joindre le broiement des calculs. Pour pratiquer la lithotritie périnéale, il suffit d'une petite incision permettant le passage d'instruments déjà très-puissants. En agissant comme je viens de le dire, on a une plaie suffisante pour tirer les petits calculs, et lorsque la pierre est volumineuse, on combine la lithotritie à la taille médiane.

M. Chassaignac. On semble oublier le point de départ de la discussion. Pour ma part, j'ai combattu la boutonnière comme un mauvais procédé de taille; M. Verneuil nous dit qu'il faut combiner la taille médiane avec le broiement des calculs, et il a invoqué précédemment en faveur de son opinion la pratique de M. Bouisson. J'ai lu les observations de M. Bouisson, et je puis affirmer que notre collègue de Montpellier a tiré des calculs par la taille médiane sans les avoir fragmentés au préalable. M. Bouisson a bien dit qu'on pouvait casser les calculs, mais il ne l'a point fait; on ne peut donc invoquer la pratique de M. Bouisson en faveur d'une opération nouvelle à laquelle on donne le nom de lithotritie périnéale.

En terminant, je demanderai à M. Giraldès si, dans les statistiques qu'il nous a citées, il s'agit d'opérations dans lesquelles la taille et la lithotritie se sont trouvées combinées.

M. Guersant. Dans les dernières années de ma pratique hospitalière, je n'ai jamais fait l'opération de la taille sans avoir à ma disposition un lithotriteur. Je me suis bien trouvé de cette précaution lorsqu'il s'agissait de calculs volumineux. Dans des circonstances semblables, j'ai aussi utilisé le débridement multiple, la taille quadrilatérale de Vidal, et j'ai pu tirer ainsi des calculs très-gros.

M. Giraldès. Quand j'ai parlé de la taille d'Allarton, j'indiquais une opération dans laquelle il y a combinaison de la taille et de la lithotritie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1867

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine : *la Gazette des Hôpitaux, l'Union médicale, la Gazette hebdomadaire.*

— *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3e série, t. I, no 8, 9.

— *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, par M. Giraldès, recueillies et annotées par MM. Bourneville et G. Bourgeois, internes des hôpitaux. 1er fasicule des malformations congénitales.

— *Eléments de pathologie chirurgicale générale*, par M. Billroth, professeur à Vienne, traduit de l'allemand par MM. Culmann et Sengel, offert par M. Verneuil.

OPÉRATION DE LA TAILLE (SUITE).

M. DEMARQUAY. La Société de chirurgie s'occupe en ce moment de l'opération de la taille; je ne voudrais pas laisser passer cette occasion de revendiquer la priorité de certaines recherches qui me sont personnelles.

Il y a une vingtaine d'années, lorsque j'étais prosecteur, j'ai beaucoup étudié les rapports entre le rectum et le bulbe de l'urèthre; les conclusions que j'avais tirées à cette époque sont absolument différentes de celles de M. Borelli. J'ai toujours pensé que dans les opérations de taille telles qu'on les pratiquait autrefois, il était fort difficile d'éviter la blessure du bulbe. Cette lésion est grave pour les raisons déjà énoncées ici; j'en

indiquerai une autre. L'une des artères du bulbe est quelquefois très-volumineuse, et si on la coupe, l'hémorrhagie est redoutable. Dans un cas semblable la ligature est chose difficile, je pense même qu'on serait fort embarrassé d'arrêter le sang si l'on avait employé le procédé de taille que recommande M. Borelli.

Les rapports entre le bulbe de l'urèthre et le rectum varient suivant diverses circonstances : si le bulbe présente un prolongement volumineux, ou bien encore si l'ampoule rectale est fort développée, les deux organes se rapprochent forcément l'un de l'autre, quel que soit d'ailleurs celui qui se porte vers l'autre. Lorsque la symphise pubienne est très-élevée, l'urèthre présente une courbure plus considérable et le bulbe se rapproche du rectum. Pour toutes les raisons que je viens d'indiquer ici, j'avais conclu de mes recherches qu'il fallait, pour éviter le bulbe, isoler le rectum par une dissection.

J'avais déjà parlé de ces diverses circonstances dans un rapport fait ici à l'occasion d'une opération de M. Le Roy d'Etiolles; j'avais fait dessiner le résultat de mes dissections, et les figures se retrouvent dans l'ouvrage de M. Phillips.

Pour me résumer, je dirai que j'avais imaginé la taille prérectale, opération qui est actuellement très-employée. Les élèves de M. Nélaton ont cru devoir rapporter à leur maître l'honneur de l'invention.

M. Larrey. Je crois qu'il n'est pas sans intérêt de citer des faits dans lesquels on a avantageusement combiné la taille et la lithotritie. En 1839, Bégin fit la taille bi-latérale pour un calcul volumineux. L'extraction ne put se faire et le lendemain seulement, grâce au percuteur d'Heurteloup, le calcul fut fragmenté, extrait et le malade guérit. Cette observation est relatée dans les *Mémoires de médecine militaire pour* 1840 (t. XLIX, 1re série).

ÉLECTION.

M. de Graefe, de Berlin, est élu membre associé de l'étranger par 19 voix sur 22 votants, en remplacement de sir William Lawrence.

COMMUNICATION.

M. Ollier, de Lyon, fait les communications suivantes :

Résection tibio-tarsienne préventive pour cause traumatique.

Après avoir donné autrefois de brillants résultats à quelques chirurgiens, la résection tibio-tarsienne est aujourd'hui à peu près abandonnée en France. Est-ce à tort? est-ce à raison? Telle est la question que je me proposais de traiter aujourd'hui devant vous, si le temps me l'eût permis. Mais limité par l'heure, et privé d'ailleurs, par une circonstance indépendante de ma volonté, des moyens de démonstration que je m'étais proposés, je me bornerai à examiner quelques points de cette importante question, et en particulier la valeur de la résection dans les cas traumatiques, et les avantages de la méthode sous-périostée dans cette catégorie de cas.

Les fractures multiples de l'extrémité inférieure du tibia avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne sont généralement, dans la chirurgie d'hôpital et dans la chirurgie d'armée, considérées comme des cas d'amputation. La multiplicité des accidents auxquels est exposé le blessé pendant la suppuration de la plaie, l'incertitude du résultat au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre, ont fait préférer l'amputation qui, tout en mutilant l'individu, laisse une plaie dont la cicatrisation, relativement rapide, permet bientôt au blessé de suppléer au membre absent par un appareil prothétique.

Je ne crois pas que, même à ce point de vue, les avantages de l'amputation soient aussi évidents qu'on le croit généralement. Après les opérations de résection tibio-tarsienne que j'ai pratiquées, j'ai constaté des résultats plus satisfaisants au point de vue fonctionnel qu'après l'amputation sus-malléolaire, même dans un cas où j'avais été obligé de réséquer douze centimètres du tibia.

J'ai pratiqué deux résections tibio-tarsiennes primitives, c'est-à-dire au lendemain de l'accident, avant l'arrivée des phénomènes inflammatoires; les deux malades ont guéri. Dans un autre cas, sur un blessé qui ne voulait pas entendre parler d'amputation, j'ai réséqué la moitié du tibia fracturé en un grand nombre de fragments; le malade succomba à des accidents cérébraux dus à une lésion de la tête. Mais cette troisième opération est venue encore, malgré sa terminaison fatale, me confirmer dans l'idée que la résection des os de la jambe n'a pas la gravité immédiate qu'on pourrait lui supposer, d'après les

idées généralement reçues. Tout s'était bien passé du côté de la plaie tibiale, il n'y avait eu qu'une inflammation modérée, et sans le traumatisme de la tête, la guérison eût été obtenue. Quant aux deux cas dans lesquels l'opération a été suivie d'un heureux succès, le premier, rapporté dans mon *Traité de la régénération des os*, t. II (*Résect. tibio-tarsienne*), a consisté dans la résection de douze centimètres de l'extrémité inférieure du tibia. Je ne touchai ni à l'astragale, qui était sain, ni au péroué, qui était fracturé en trois fragments. Je me bornai à faire chevaucher les fragments du péroné pour diminuer la longueur de la jambe et rapprocher l'astragale de la surface de section du tibia. Le blessé, âgé de cinquante ans, se trouvait dans de mauvaises conditions au point de vue de la régénération osseuse. Je devais d'autant moins attendre une reproduction complète, qu'il s'agissait d'une résection primitive, c'est-à-dire d'une résection dans laquelle le périoste, déjà privé par l'âge des propriétés ostéogéniques qu'il possède pendant la croissance du squelette, n'avait pas eu le temps d'être influencé favorablement par une irritation préalable. Aussi n'y a-t-il eu qu'une reproduction incomplète. Une colonne de 4 centimètres part du bout supérieur, mais ne se continue que par des tissus fibreux à une plaque osseuse de nouvelle formation, développée au niveau de la malléole. Malgré cela le pied, quoique légèrement incliné en dedans, appuie par toute sa face plantaire. A l'aide d'un appareil à tuteurs latéraux, le malade marcha toute la journée, et a repris depuis six mois son métier de tonnelier. L'opération avait été pratiquée le 19 juillet 1866.

Dans le second cas, les deux os, le tibia et le péroné ont été réséqués, les deux malléoles enlevées. L'opération date de quatre mois. J'ai revu le malade il y a quatre semaines, c'est-à-dire trois mois après l'opération : la suppuration était complétement tarie, et déjà le pied était solidement uni à la jambe et dans une bonne direction. Il exécutait quelques légers mouvements volontaires de flexion et d'extension. Six centimètres environ des deux os ont été retranchés à partir de la pointe des malléoles; c'est-à-dire que la longueur de la jambe a été diminuée de 4 centimètres. Le résultat déjà obtenu me permet d'espérer avant peu un membre solide propre à la station et à la marche, c'est-à-dire un membre qui rendra au blessé beaucoup plus de services qu'un moignon d'amputation.

J'ai pratiqué ces deux opérations par la méthode sous-périostée, et ici je ne ferai que répéter ce que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer plusieurs fois devant vous. Même dans les cas les plus défavorables, le périoste, la capsule et les ligaments, c'est-à-dire tous les éléments

fibreux de l'articulation, peuvent être séparés de l'os et conservés. A l'aide du *détache-tendon*, je dénude les os et je les retire aussi nets que s'ils avaient été préparés par une longue macération. C'est plus long sans doute qu'une résection ordinaire, mais c'est là une question secondaire, puisque le malade ne sent pas. Si l'on ne peut pas conserver toute la gaîne périostique, toutes les parties ligamenteuses, il faut en conserver le plus possible. Plus on en conservera, plus on aura de matériaux pour consolider la nouvelle articulation.

Comme je l'ai fait observer plus haut, je n'ai pas cherché à récupérer la longueur du membre. J'ai rapproché l'astragale du tibia, en réséquant le péroné dans un cas, en faisant chevaucher les fragments de ce dernier os dans l'autre. Il importe avant tout, ici, d'avoir un membre solide. La diminution de longueur de la jambe est chose secondaire lorsqu'elle n'excède pas quatre centimètres: aussi faut-il toujours rapprocher, lorsqu'on a dépassé l'âge physiologique des régénérations osseuses.

Indépendamment de la régénération osseuse que seule elle permet d'obtenir, la conservation du périoste et des parties fibreuses a pour avantage d'accumuler, autour des extrémités osseuses, des masses fibreuses qui forment des liens solides entre les os contigus. Elles assurent la solidité du pied et préviennent sa mobilité latérale. Il se forme, du reste, même dans les cas les plus défavorables, des masses ostéoïdes ou osseuses au niveau des malléoles, qui fixent l'astragale aux extrémités des os de la jambe.

Pour favoriser cette solidité de la nouvelle articulation, j'ai recours au bandage inamovible, plâtré ou amidonné, placé immédiatement après l'opération. C'est là, je crois, le point le plus important du traitement consécutif. L'immobilité prévient le développement de l'inflammation, diminue la période de suppuration et hâte la formation des liens nouveaux qui doivent fixer le pied à la jambe.

Le bandage plâtré me paraît préférable après les résections primitives, lorsqu'il n'y a pas encore d'inflammation dans le membre. Si cette inflammation a déjà commencé de se développer, le bandage amidonné, doublé d'une forte couche de coton cardé, doit avoir la préférence; la couche de coton permettant, par son élasticité, une certaine augmentation de volume des parties sous-jacentes. Il faut, du reste, se tenir prêt à enlever le bandage, s'il survient du gonflement, s'il y a menace d'étranglement. Surveillé, ce bandage n'a aucun inconvénient. On est toujours à temps de prévenir ses dangers. Des fenêtres latérales permettent de surveiller la plaie et d'appliquer les pansements nécessaires.

Quoiqu'un peu lourd, le bandage plâtré a de grands avantages lorsqu'il s'agit de transporter le malade et de lui faire faire un trajet plus ou moins long. Il immobilise mieux que tous les autres bandages et, à ce titre, il permettra, je l'espère, d'avoir recours à la résection tibio-tarsienne, dans la chirurgie d'armée. Par exemple, lorsque le blessé pourra être transporté et soigné dans un hôpital, avec des conditions hygiéniques suffisamment bonnes. Avec les anciens appareils à attelles et même les gouttières, on n'avait pas une immobilité suffisante, et c'est probablement là une des causes qui ont fait condamner cette résection par la plupart des chirurgiens militaires.

Dans les cas que j'ai observés, j'ai été frappé de la bénignité des suites immédiates. Le choc opératoire m'a paru moins grave qu'après l'amputation de la jambe faite dans les mêmes conditions.

Je considère ici que la méthode sous-périostée a encore, au point de vue des suites immédiates, des avantages sur la méthode ancienne. En se tenant dans la gaîne périostique, on ménage tous les organes voisins, vaisseaux, nerfs, gaînes tendineuses et musculaires. On limite le foyer du traumatisme, et on n'ouvre pas des portes aux fusées purulentes comme dans les anciens procédés.

Je ne parle pas de cette résection appliquée aux tumeurs blanches et diverses lésions chroniques spontanées de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai voulu seulement appeler l'attention de la société sur les résections primitives pour cause traumatique, qui me paraissent aujourd'hui repoussées de la pratique des grands hôpitaux et qui, cependant, méritent, à mon avis, d'y être réintégrées, toutes les fois que l'état des parties molles permet de tenter la conservation du membre. Un de nos collègues, M. Broca, avec qui je m'entretenais tout récemment de ce sujet, m'a dit avoir pratiqué cette opération avec succès, il y a quelques semaines, à l'hôpital Saint-Antoine. Tout fait espérer que son malade fournira un nouvel argument en faveur de la réintégration de cette opération dans la pratique hospitalière. Nous devons d'autant plus soumettre la question à un nouvel examen, que le perfectionnement du traitement consécutif par les bandages inamovibles permet d'évacuer plus facilement les malades au dehors et de les soustraire à l'influence du milieu nosocomial.

Des pointes métalliques et de leur application dans le cas de pseudarthroses.

J'ai appliqué depuis trois ans, dans sept circonstances, la pointe métallique de Malgaigne, ou un autre appareil du même genre, au traitement des fractures. J'ai pu vérifier ainsi la complète innocuité

de cette méthode, contre laquelle j'avais eu, je dois l'avouer, une certaine répugnance au début de ma pratique chirurgicale. Je pensais qu'avec les moyens ordinaires on pouvait remédier, par des combinaisons variées, à toutes les espèces de déplacement dans les fractures du tibia; mais ayant rencontré quelques cas dans lesquels, après beaucoup de peine, je n'avais pu obtenir un résultat parfait, je me décidai à recourir à la pointe métallique, et je l'appliquai même à une fracture de cuisse pour rapprocher et maintenir en contact les fragments qui, après trois mois, n'avaient aucune tendance à se souder l'un à l'autre.

Indépendamment de l'appareil de Malgaigne, je me suis servi d'un nouvel appareil, basé sur la même idée fondamentale, mais en différant en ce que la pointe mobile, dans tous les sens, peut être portée dans toutes les directions et est applicable, par cela même, à tous les genres de fractures. Il est essentiellement composé de deux tiges verticales réunies par une tige horizontale, le long de laquelle court la pointe qui peut être inclinée dans toutes les directions. Les tiges verticales elles-mêmes, qui sont solidement fixées par de fortes griffes à une gouttière quelconque, peuvent être plus ou moins inclinées par rapport à l'axe de la gouttière.

Je considère la pointe comme le meilleur moyen de pression toutes les fois qu'il faut presser fortement sur un fragment. Tous les appareils qui agissent sur une surface, même limitée, doivent être rejetés; car, ou la pression est faible, ou elle est forte. Si elle est faible, elle est inutile; si elle est forte, elle occasionne au bout de quelques heures de vives douleurs et amène une mortification de la peau. La pointe, traversant la peau, n'agit que sur l'os; elle n'amène pas de mortification, ne produit que peu de douleurs et n'expose pas aux accidents inflammatoires qu'on pourrait craindre *à priori*. Je n'ai, je le répète, jamais eu d'accidents, bien que tous mes cas aient été observés à l'hôpital, ni érysipèles ni phlegmons.

Relativement aux fractures obliques du tibia, je n'ai rien de spécial à exposer. Je ne ferai que répéter ce qu'a dit autrefois Malgaigne; mais je désire ajouter quelques mots sur l'application de la pointe métallique dans certaines pseudarthroses et sur une région où elle n'a pas, que je sache, été tentée jusqu'ici, sur le corps du fémur lui-même.

J'avais affaire récemment à une fracture de la partie moyenne du fémur qui, après trois mois de traitement, ne présentait pas de traces de consolidation. Les deux fragments étaient complétement mobiles l'un sur l'autre et ne pouvaient être rapprochés que par une forte

pression sur le fragment supérieur, qui faisait une saillie en dehors. On aurait pu croire même que ce fragment avait perforé le vaste externe pour faire saillie à travers ce muscle, sous la peau; mais un examen attentif me fit admettre que le muscle avait été seulement dilacéré et étalé sur l'extrémité saillante du fragment. J'appliquai d'abord un très-solide bandage amidonné, avec deux couches de fort carton, puis une fenêtre ayant été pratiquée au niveau de la fracture, j'enfonçai la pointe contre l'os; en pressant contre le fragment supérieur, je fixai solidement ce fragment contre l'inférieur.

La pointe resta un mois en place; il n'y eut pas d'inflammation appréciable; et au bout d'un mois, quand j'enlevai l'appareil, j'eus la satisfaction de voir que les fragments étaient unis l'un à l'autre. Je n'ai pas encore enlevé le bandage amidonné, afin de laisser se compléter la consolidation; mais tout me fait espérer un succès définitif.

Une indication analogue se trouvera dans d'autres pseudarthroses. Les bandages inamovibles seuls immobilisent le membre, mais ne rapprochent pas les fragments. Or, la pointe métallique presse les fragments l'un contre l'autre et les immobilise parfaitement; elle augmente en outre, par sa présence, l'irritation formative dans les tissus du col. Elle me paraît, en un mot, pouvoir être appliquée au moins comme première tentative, dans les cas où la consolidation est retardée, et où une véritable pseudarthrose menace de s'établir.

M. Lefort. Je viens confirmer ce qu'a dit M. Ollier relativement à l'innocuité des pointes métalliques. J'ai vu Malgaigne employer cette ressource précieuse et je dois dire que la suppuration provoquée par la pointe est une chose exceptionnelle. Quelle que soit l'acuité de la pointe, elle ne pénètre pas dans le tissu osseux, et son action se réduit à appuyer sur le fragment mobile. Malgaigne avait perfectionné son appareil de manière à permettre l'application de la pointe dans toutes les directions nécessaires.

M. Chassaignac. La communication de M. Ollier démontre que la pointe métallique est une ressource qui peut être utilisée en chirurgie. Lorsque Malgaigne imagina la pointe, les chirurgiens n'accueillirent point sans réserve ce procédé de contention des fractures, cependant c'était en vertu d'une prévention

doctrinale que nous repoussions l'usage de la pointe; en effet, si pour réduire un déplacement on veut lutter directement avec le fragment, la pointe a sa raison d'être, mais je crois que c'est indirectement et par la position qu'on obtient la réduction graduelle des déplacements les plus compliqués.

Je ne dirai rien des résultats que m'a fournis personnellement la résection tibio-tarsienne, je rappellerai seulement que les faits consignés dans l'ouvrage d'A. Cooper étaient bien de nature à encourager les chirurgiens.

Quant à l'isolement du périoste conseillé par M. Ollier, j'ai peine à croire que cette tentative soit facile à exécuter au niveau des extrémités articulaires. C'est avec plaisir que j'ai entendu la condamnation de l'usage des gouttières; ce moyen autrefois si bon doit disparaître devant les avantages incontestables offerts par les appareils inamovibles.

M. Perrin. J'ai entendu avec satisfaction la relation des deux succès obtenus par M. Ollier; c'est un problème très-difficile que celui de la conservation des membres dans les cas de fractures comminutives de la jambe. Les insuccès semblent être la règle lorsque l'on tend à conserver le membre.

Nous sommes tous du même avis sur l'excellence des appareils inamovibles. Cependant il y a encore une question d'opportunité, et les gouttières sont encore préférables lorsqu'il s'agit de transporter les blessés au loin.

J'appuie ce qu'a dit M. Chassaignac sur la difficulté d'isoler le périoste; du reste, l'importance de la conservation du périoste est un point qui doit être réservé.

M. Larrey. La pratique des chirurgiens militaires peut servir à élucider la question de l'utilité des bandages inamovibles à la suite des résections. Mon père avait adopté cette pratique; les anciens chirurgiens prussiens, de Graefe le père, Dieffenbach ont conseillé les bandages plâtrés dans les résections de la partie intérieure de la jambe; enfin je rappellerai que M. Jules Périer a préconisé ce qu'il appelle la gouttière plâtrée.

M. Broca. J'ai l'intention de présenter ici une malade à laquelle j'ai pratiqué avec succès une résection tibio-tarsienne.

M. Ollier, répondant aux diverses objections qui lui ont été

présentées, pense que les modifications qu'il a fait subir à la pointe de Malgaigne sont utiles et que, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, il est des déplacements que la position ne suffit point à réduire. Si j'avais voulu traiter la question historique des résections tibio-tarsiennes, j'aurais eu à citer bien des noms. Cette opération est abandonnée dans la plupart des hôpitaux de Paris, mon intention est de la réhabiliter et d'indiquer les moyens de la faire réussir. Ces moyens sont l'application immédiate du bandage inamovible, la conservation du périoste, circonstances qui diminuent l'innocuité de l'opération en même temps qu'elles facilitent la formation d'un tissu fibreux très-fort permettant la mobilité du pied sur la jambe. L'isolement du périoste est une chose simple; au lieu d'avoir un membre inutile, on conserve, en agissant ainsi, un membre qui peut rendre des services.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance du 8 janvier comprend : *Gazette des Hôpitaux*, — *Union médicale*, — *Gazette hebdomadaire*, — *Archives générales de Médecine*, — *Montpellier médical*, — *Gazette médicale de Strasbourg*, — *Sud médical de Marseille*, — *Bulletin médical de l'Aisne*.

— *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par M. le docteur Wecker.

— *Des causes de mortalité dans les armées anglaise et française en Orient*, par le docteur Alezais.

— *Éléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques*, avec un atlas, par le docteur Thomas, de Tours.

M. Verneuil présente deux thèses soutenues par MM. Folet et Merlateau, ses élèves ; il en donne une analyse succincte.

La thèse de M. Folet est une dissertation complète *sur la résection de l'articulation du poignet*. Soixante-dix cas, la plupart venus de l'étranger, ont servi à écrire cette histoire. L'auteur énumère successivement les résections traumatiques et organiques, partielles ou totales, et compare cette opération à l'amputation de l'avant-bras, et montre qu'elle est infiniment moins grave ; en un mot, c'est une excellente monographie qui restera dans la science.

M. Folet a envoyé deux exemplaires de son travail pour le prix Duval.

La thèse de M. Merlateau est intitulée : *Des mouvements forcés en thérapeutique;* le titre suivant conviendrait mieux : *Des attitudes forcées des membres, de leur action sur la circulation artérielle et des applications qui en résultent.*

On sait qu'il suffit de fléchir ou d'étendre fortement l'avant-bras pour supprimer le pouls radial, d'étendre fortement la cuisse ou de fléchir à angle aigu la jambe pour modifier également la circulation dans le membre inférieur ; enfin, on constate également l'arrêt du pouls radial dans certaines attitudes du bras, le moignon de l'épaule étant porté en bas et en arrière.

M. Merlateau a repris tous ces faits au point de vue anatomique et thérapeutique, et il a rappelé le parti qu'on en pourrait tirer dans l'hématose et la cure des anévrysmes.

Quoiqu'il ne soit pas parvenu à tout expliquer par l'anatomie, l'auteur a fait un travail intéressant que de nouvelles recherches compléteront, sans doute.

M. Guyon. L'arrêt de la circulation dans le membre supé-

rieur a été exclusivement cherché à l'aide des attitudes forcées qui abaissent le moignon de l'épaule et portent l'humérus dans la rotation en dedans. M. Verneuil vient de nous le rappeler en analysant les principales expériences consignées dans la thèse intéressante de son élève, M. Merlateau.

Le hasard m'a conduit à constater que la suspension de la circulation dans le membre supérieur pouvait être aussi sûrement obtenue par l'élévation forcée du bras combinée avec la rotation en dehors. Je ferai remarquer en passant que le mouvement d'élévation de l'humérus ne se complète qu'à l'aide de la rotation en dehors. Quoi qu'il en soit, en soulevant le coude fortement et en le conduisant au-dessus de l'horizontale, si l'on imprime un mouvement de rotation en dehors à l'humérus, on arrête la circulation dans le membre supérieur.

J'ai souvent répété cette expérience sur le vivant; sur le cadavre, j'ai cherché à reproduire l'arrêt de la circulation et à me rendre compte du mécanisme de l'arrêt. M. B. Anger a bien voulu me prêter son concours pour les expériences qui nous ont permis de constater la réalité de l'arrêt de la circulation, dont nous représentions le cours, en injectant, par l'aorte, de l'eau qui jaillissait par une ouverture pratiquée à l'humérale tant que l'attitude indiquée n'était pas atteinte.

La dissection de la région axillaire dans la position déterminée semble prouver que l'arrêt de la circulation est due à la tension de la boutonnière formée par les racines du médian.

Cette attitude, qui me paraît avoir l'avantage de découvrir largement toute la région vasculaire du bras, a, d'ailleurs, les inconvénients de toutes les attitudes forcées; elle est douloureuse et difficile à supporter. Après l'avoir expérimentée à plusieurs reprises sur moi-même, j'ai longtemps éprouvé des douleurs axillaires assez pénibles.

ÉLECTIONS :

La Société procède à l'élection de 6 correspondants nationaux. Sont élus : MM. Monteils, à Mende; Sarazin, à Strasbourg; Aubry, à Rennes; Mordret, au Mans; Patry, à Sainte-Maure; Kœberlé, à Strasbourg.

Election de 4 membres correspondants étrangers. Sont nommés : MM. Pemberton, à Birmingham; Barbosa, à Lisbonne; Wilms, à Berlin ; Mazzoni, à Rome.

Renouvellement du bureau de la Société de Chirurgie, pour l'année 1868 :

Election du président. M. Legouest est élu président à l'unanimité.

Election du vice-président. — Sur 25 votants, M. Verneuil obtient 14 voix, M. Desormeaux 6, M. Boinet 3, M. Guérin 1, M. Demarquay 1.

M. Verneuil est nommé vice-président.

Election du secrétaire général. — Sur 22 votants, M. Trélat obtient 14 voix, M. Perrin 8.

En conséquence, M. Trélat est nommé secrétaire général.

Election de 2 secrétaires annuels. — Sont élus MM. Labbé 16 voix et Lefort 13 voix.

La Société désigne par acclamation M. Liégeois pour remplir les fonctions de bibliothécaire archiviste, M. Houel pour remplir les fonctions de trésorier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine : *Gazette des Hôpitaux*, *Union médicale*, *Gazette hebdomadaire*.

M. Larrey fait hommage d'un grand nombre de livres et de brochures, et de thèses de la Faculté.

— *Leçons du citoyen Boyer sur les maladies des os*, rédigées par A. Richerad, 1803.

— *Surgical observations vith cases and operations*, by J. Mason Warren. Boston, 1867.

— *Histoire du développement de l'œil humain*, par le docteur Von Ammon, de Dresde.

Traduction française, par M. Van Biervliet. Bruxelles, 1860.

— *Résection du genou*, par M. Sédillot. Strasbourg, 1867.

— *Tétanos traumatique suivi de guérison*, par le docteur Lanvaille de Lachèse.

— *Polypes de l'oreille*, nouvelle méthode opératoire pour leur guérison, par le docteur Bonnafont.

— *Farcin chronique avec guérison probable*, par MM. Ad. Richard et E. Foucher.

— *Recherches sur le catarrhe de la vessie*, par le docteur Larbaud, 1812.

M. Larrey offre également la notice sur ses titres, services et travaux scientifiques.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Laborie.

Le Bureau et plusieurs membres assistaient à la cérémonie.

Sur l'invitation de M. le Président, le secrétaire général donne lecture du discours suivant :

Paroles prononcées sur la tombe de Laborie au nom de la Société de chirurgie,

Par M. Verneuil, Secrétaire général.

Lorsqu'une épidémie meurtrière ravage notre cité, nous redoutons à chaque heure d'apprendre qu'elle a frappé quelqu'un de nos amis. Nous sommes sur le qui-vive, et si le coup, bien que mortel, n'a pas été trop violemment porté, il nous reste au moins la consolation de revoir une dernière fois celui qui va nous quitter pour toujours.

En dehors de ces temps d'alarme, l'insouciance renaît, on ne craint plus le danger ou bien on l'oublie, et l'on ne fait plus le soir, avec angoisse, le dénombrement de ceux qui vous sont chers.

Emporté par le tourbillon de la vie active, on apprend que l'un

d'eux est souffrant, on pense à une affection légère, à un malaise sans gravité; on attend de nouvelles informations que, le plus souvent, le patient rétabli vous donne en personne; on passe donc à l'ordre du jour, ou du moins on remet à un autre moment le soin de quérir des nouvelles.

Mais, tout à coup, on rencontre quelqu'un au visage attristé, qui vous annonce l'irréparable dénoûment.

Ainsi se sont passées les choses dans le triste épisode qui nous rassemble aujourd'hui.

Pendant le cours du mois dernier, Laborie avait été très-assidu à nos séances; il était, comme de coutume, alerte et vivace. Rien ne paraissait menacer ses jours.

Mercredi dernier, une lettre écrite par un disciple nous parvenait : Laborie s'excusait, empêché par une indisposition dont on ne nous signalait point le péril. Nous en fûmes si peu soucieux, que nous crûmes inutile de le visiter, comme c'est le devoir et l'usage au moindre indice inquiétant.

Cependant, insidieuse et rapide, l'œuvre de destruction suivait son cours et s'achevait. Une angine maligne provoquait un phlegmon gangreneux du cou ; l'érysipèle si fréquent, si formidable depuis quelques mois, s'y ajoutait : avant-hier, notre collègue rendait le dernier soupir.

Nous avions à peine connu les débuts; nous ne fûmes point informés de la terminaison. Il y a quelques heures, par un hasard fortuit, nous apprîmes la funeste nouvelle, que confirmait un journal du soir.

Je courus chez notre président, aussi ignorant que moi-même. Tous deux nous restions stupéfaits. A ceux qui redoutent la mort, de semblables catastrophes inspirent une terreur indicible; mais ceux-là même qui la méprisent ne peuvent se soustraire à un profond sentiment de tristesse en la voyant frapper traîtreusement des organisations robustes et vaillantes, faites pour lui résister longtemps et la repousser si elle les attaquait en face.

On est pris de découragement en songeant qu'ainsi se termine en quelques jours, que dis-je ? en quelques heures, une vie entière d'honneur et de travail, heureuse par ses œuvres, et utile au bonheur des autres.

Pris à l'improviste, ayant eu devant moi à peine une nuit et ne pouvant recueillir les informations les plus indispensables, j'ai voulu cependant exprimer ici, ne fût-ce qu'en quelques mots, les regrets profonds et sincères qu'éprouve la Société de chirurgie à la perte d'un de ses membres les plus honorés et les plus aimés.

Ces détails, messieurs, serviront d'excuses à la brièveté, à l'imperfection, à la pâleur de mon allocution. Ce n'est point en quelques heures qu'on récapitule une vie bien remplie, qu'on résume des travaux nombreux et qu'on apprécie des mérites de nature diverse.

Vous n'entendez donc ici que des paroles de regret et d'adieu, prélude improvisé d'une apologie future qui célébrera dignement le collègue et l'ami, l'homme et le savant.

Laborie est mort à peine âgé de cinquante-cinq ans.

Il avait brillamment débuté dans la carrière et comptait parmi les internes les plus distingués de son temps.

Il avait un penchant prononcé pour la chirurgie et, de bonne heure, élève favori de Jobert, il prêtait à son chef l'aide d'une plume élégante et correcte.

Un mémoire remarqué sur les *Amputations partielles du pied*, un autre sur les *Plaies intestinales et l'entérorrhaphie* furent ses premiers essais : ils promettaient beaucoup et révélaient des aptitudes littéraires et scientifiques de bon aloi.

Cependant, il sembla changer de voie. Devenu chef de la clinique d'accouchements de la Faculté, il étudia avec ardeur et succès l'art obstétrical. Il y excella bientôt comme praticien et comme auteur.

En même temps, il aborda les luttes ardues des concours; l'arène, à cette époque, était fort encombrée; les compétiteurs étaient nombreux et fort éminents pour la plupart; aussi la porte, quoique bravement heurtée, ne s'ouvrit pas à tous ceux qui, quelques années plus tôt ou plus tard, l'eussent aisément franchie.

Laborie n'y passa pas, sans nul doute faute de persévérance, car rien ne lui manquait de ce qui peut procurer le succès. Il s'en consola difficilement.

En 1852, il lut à la Société de chirurgie, sur le *Traitement actif de la grossesse extra-utérine*, un travail important qui le fit entrer d'emblée dans nos rangs.

Cette admission était particulièrement honorable. En effet, d'après un principe qu'il n'y a pas lieu de discuter ni de justifier en ce moment, la Société se recrute presque exclusivement parmi les praticiens placés à la tête d'un service hospitalier. Sans repousser systématiquement les praticiens libres et les spécialistes, elle les sacrifie d'ordinaire, son personnel étant limité, à ceux qui cultivent et pratiquent la chirurgie générale. Compter parmi vous est donc une distinction rare et flatteuse pour ceux qui n'ont pas de titre officiel et qui n'apportent comme dot scientifique que leur travail et leur bonne volonté.

Nul plus que Laborie, je m'empresse de le dire, ne légitima l'exception.

Pendant les premières années et même jusqu'à ces temps derniers, il a fourni à nos bulletins et à nos mémoires plusieurs travaux originaux et surtout une foule de rapports remarquables, par le fond et la forme, sur les points les plus délicats de l'obstétrique.

Vous me dispenserez d'en faire l'énumération; mais vous vous rappellerez, comme moi, avec quelle attention et quelle faveur méritée nous écoutions ses jugements sagaces et réfléchis.

Toutefois, si la pratique journalière de la ville, l'expérience privée, la lecture, la méditation, fournissent matière à de fortes études et à de sérieuses productions, elles remplacent mal, il en faut convenir, le vaste théâtre d'un service d'hôpital avec sa variété, son imprévu, son inépuisable mine de cas rares et de faits vulgaires.

Laborie avait toujours désiré une scène de ce genre.

Cette satisfaction lui fut accordée : il y a dix ans, il fut nommé médecin et chirurgien tout à la fois de l'Asile des convalescents de Vincennes. Aussitôt ses goûts et ses aptitudes pour la grande chirurgie se réveillent ou du moins se manifestent de nouveau. Il prend, pour employer une locution usitée dans les arts, sa dernière manière.

Vous le savez, la composition des services de Vincennes est tout à fait spéciale; point de maladies aiguës, sauf celles qui naissent par hasard dans l'asile; point de maladies chroniques à longue échéance, sauf le cas où une recrudescence rend impossible la réintégration du patient dans les grands hôpitaux.

La population se compose essentiellement de sujets échappés aux péripéties des affections internes et des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. L'amputé y achève sa cicatrisation à côté du pleurétique qui y résorbe les derniers grammes de son épanchement.

Là, en un mot, et sur une vaste échelle, on peut observer et étudier l'épilogue des maladies viscérales, des blessures et des actes opératoires.

Notre illustre Malgaigne l'avait hautement proclamé. Après avoir prudemment posé les indications et habilement employé la main, le fer et le feu, après avoir mis, à force de soins, le blessé hors de danger, le chirurgien doit encore le suivre longtemps au delà de la guérison anatomique et jusqu'à la guérison fonctionnelle qui exige bien souvent des mois, sinon des années.

Ce complément si nécessaire, nous sommes mal placés pour le donner dans nos services encombrés et avec notre population mobile et flottante.

Laborie, imbu de l'importance de cette enquête ultérieure, s'empressa de profiter des matériaux immenses mis à sa disposition. Il prit des observations nombreuses qui, je l'espère, ne seront pas perdues, et de temps à autre nous donna, sur le sort de nos opérés ou de nos blessés, des renseignements d'un intérêt sans égal.

Je n'aurai qu'à citer ses statistiques sur *l'amputation de la jambe aux divers lieux d'élection*, puis les documents sur son étude favorite : *les Amputations partielles du pied.*

Il associait, à ce labeur si vaste, ses élèves internes et leur faisait publier sur les fractures, sur les amputations ou sur d'autres sujets, des thèses précieuses qui resteront dans la science.

Puisse le successeur de Laborie, animé du même désir de servir notre art, suivre cette voie féconde et continuer une œuvre éminemment française. Quel blâme ne mériterait-il pas s'il laissait en friche un aussi fertile terrain?

Depuis longtemps chevalier de la Légion d'honneur, Laborie fut, dans ces dernières années, promu au grade d'officier. Nous fûmes tous heureux de cet avancement.

En 1861, notre collègue fut nommé président de la Société de chirurgie. Nous connaissions depuis longues années ses aimables qualités ; nous aimions son regard si franc, sa physionomie ouverte, son sourire affable, ses manières exquises, sa parole claire, ses allures loyales et tous les indices extérieurs d'une nature bonne et honnête. Jamais tous ces dons ne furent mieux utilisés que pendant l'année où il dirigea nos travaux.

Que sa famille et ses amis sachent bien que nous n'avons rien oublié et que, jusqu'à l'heure où ils s'éteindront à leur tour, les contemporains de notre cher ami conserveront de lui le plus vivace et le plus affectueux souvenir.

La séance est levée à quatre heures.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Une lettre de M. Charrière, ancien fabricant d'instruments de chirurgie, qui réclame, en envoyant à l'appui une notice imprimée et une boîte d'instruments, la priorité de la *pince serretelle à pédale* qui a été présentée à la Société par M. Notta, membre correspondant, dans la séance du 11 décembre 1867, et attribuée par lui à M. Mathieu.

— M. Larrey offre à la Société une collection de thèses sur divers sujets de chirurgie.

M. Prestat assiste à la séance.

COMMUNICATION.

Anévrysme poplité. — Compression digitale. — Gangrène partielle de la poche. — Sortie des caillots. — Guérison.

M. Houel communique l'observation suivante recueillie par M. Pilate, nterne des hôpitaux.

X..., Italien, âgé de quarante ans, exerçant la profession de boucher en Sicile, a toujours joui d'une bonne santé. Seize mois environ avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le mois de juillet 1866, il s'aperçut qu'il portait dans le creux poplité, du côté gauche, une petite grosseur qu'il estimait alors avoir le volume de l'extrémité du petit doigt, et qui était le siége de battements. Il n'attribue l'apparition de cette tumeur à aucune cause qui lui soit connue. Cependant il dit que, depuis déjà quelque temps, il se fatiguait plus qu'à l'ordi-

naire, allant beaucoup à cheval ou faisant à pied des courses de trois ou quatre heures.

La tumeur resta ainsi pendant un mois, et au bout de ce temps elle prit rapidement, comme par une poussée, le volume d'un œuf de poule. Mais le malade ne s'en sentait que fort peu incommodé, continuant ses occupations et ses courses, même à cheval, sans éprouver aucune douleur.

Dans une seconde poussée, au bout de onze mois, la tumeur devint grosse comme le poing. C'est alors que survinrent des douleurs intenses; les battements étaient plus forts; le malade fut obligé de cesser son travail. Inquiété, il quitta son pays et parcourut plusieurs villes de l'Italie pour consulter différents médecins. Mais, pendant ces voyages, l'anévrysme augmentait de volume, les douleurs devenaient plus violentes, le malade commençait à maigrir, il avait souvent la fièvre. Sa jambe, qu'il traînait d'abord péniblement, se fléchit, et il finit par ne plus pouvoir s'en servir. Enfin il arriva à Paris et fut admis à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Houel, qui remplaçait à ce moment M. Nélaton.

Le jour de son entrée, 12 octobre 1867, on constate la présence d'une tumeur arrondie, plus grosse que la tête d'un nouveau-né, occupant la place du creux poplité sur le membre gauche. La circonférence qui embrasse en même temps le genou et la tumeur, c'est-à-dire passant par devant la rotule, et en bas par le point le plus culminant de la tumeur, mesure 68 centimètres. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. La peau qui recouvre la tumeur est un peu rouge et paraît enflammée. En appliquant la main, on sent que sa surface est unie et sphérique, d'une consistance assez résistante, ou plutôt offrant une certaine élasticité. On perçoit également sur tous les points des battements expansifs, isochrones avec le pouls, mais peu intenses. La tumeur est aussi le siége d'un bruit de souffle non douteux, mais relativement faible. En effet, ni les battements ni le souffle ne sont en rapport avec le volume énorme de l'anévrysme. La compression de l'artère fémorale fait cesser le souffle et les battements; en même temps on constate que la tumeur est un peu réductible.

On ne sent battre ni l'artère pédieuse sur le pied, ni la tibiale postérieuae derrière la malléole interne. Les veines de la jambe sont dilatées et s'anastomosent largement sur les côtés du genou avec les veines de la cuisse, également plus volumineuses. Le pied et la jambe sont œdématiés. Le malade ne peut mouvoir ni le pied sur la jambe, ni la jambe sur la cuisse; il fait tous les mouvements de la hanche.

La douleur est très-forte à l'endroit de la tumeur et se répand un

peu dans la jambe. Elle est contusice et n'a pas de rapport avec les battements. Le sommeil est presque nul à cause des souffrances; l'appétit a beaucoup diminué; le pouls est accéléré.

On ne constate dans le système circulatoire aucun signe qui puisse expliquer la production de l'anévrysme. Les artères accessibles au toucher semblent être saines.

Pendant les premiers jours, on se borne à combattre l'inflammation de la tumeur au moyen de cataplasmes. En effet, la rougeur de la peau et la douleur disparaissent à peu près complétement; l'appareil fébrile s'apaise; le malade dort et son appétit revient.

Le 20 octobre, dans le milieu de la journée, le malade ressent, tout d'un coup, une douleur très-vive dans la tumeur; il pousse des cris et s'agite dans son lit, tout en comprimant lui-même l'artère fémorale au haut de la cuisse, pensant se soulager. M. Houel, que l'on fait appeler, arrive aussitôt et constate que les battements ont augmenté, ou du moins semblent plus superficiels, et que la tumeur est devenue un peu plus volumineuse que les jours précédents. Il pense qu'il s'est fait là une rupture et un épanchement nouveau. De la glace est appliqnée sur la tumeur; le malade continue à comprimer l'artère. Le soir, on fait une injection sous-cutanée de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine au 1/30e. La douleur diminue peu à peu, et le malade peut dormir la nuit.

Le lendemain, 21 octobre, M. Houel fait commencer à 10 heures du matin la compression digitale. Cette compression est pratiquée dans le triangle de Scarpa et aussi complète que possible; mais le renouvellement des aides. la fatigue des doigts laissent passer inévitablement du sang dans l'artère; d'ailleurs on ne cherche pas une compression absolue, et même de temps en temps on suspend une minute ou deux la compression pour observer les modifications qui se passent dans la tumeur. La compression ainsi faite est continuée de 10 heures du matin à 10 heures du soir. Pendant ce temps, la peau qui recouvre l'anévrysme devient lisse, humide, comme œdématiée, et laisse écouler un léger suintement à sa surface. Parfois aussi la température de la tumeur s'abaisse pour remonter, et ainsi plusieurs fois. Au bout de six heures, les battements ainsi que le souffle ont notablement diminué. Au bout des douze heures, ils ont disparu complétement; on cesse alors la compression, et le malade s'endort fatigué.

Le lendemain, 22 octobre, à la visite du matin, on retrouve du souffle et des battements, mais bien moindres qu'avant la compression. On applique l'appareil compresseur de M. Broca, qui, au moyen de pelotes multiples, permet de changer souvent le point de la com-

pression. On le laisse douze heures, mais sans obtenir aucun résultat.

Le 23, les battements sont un peu plus forts que la veille. Il s'est fait sur la partie la plus culminante de la tumeur, en bas, une phlyctène large de 3 centimètres de diamètre. Il s'écoule autour un léger suintement. On n'emploie ce jour-tà aucun traitement.

Le 24, les battements et le souffle sont redevenus presque aussi forts qu'avant la compression. M. Vanzetti, de Padoue, vient voir le malade, et partageant en cela l'avis de M. Houel, insiste pour qu'on recommence la compression. Elle est faite de la même façon que la première fois. Les mêmes phénomènes se reproduisent, suintement séreux, refroidissements passagers de la tumeur. Au bout de deux heures, on obtient la cessation complète du souffle et des battements; néanmoins on continue à comprimer pendant quatre heures encore. Pendant ce temps une artère collatérale s'est dilatée à la partie interne du genou, où on la sent battre, sans qu'on ait constaté ce fait auparavant. La phlyctène a fait place à une exulcération de la peau qui laisse suinter un liquide roussâtre. On voit aussi un point rouge sur la face externe de la tumeur, à l'endroit où elle appuie le plus fort sur le lit, le malade reposant sa jambe sur le côté externe. La circonférence de la tumeur ne mesure plns que 67 centimètres.

Mais à neuf heures du soir, c'est-à-dire six heures après la cessation de la compression, on perçoit de nouveau des battements et du souffle très-faibles. La compression est encore reprise de dix heures à minuit, et les battements disparaissent ainsi que le souffle. Le malade a un peu de fièvre.

Le 25, les battements n'ont pas reparu. La partie ulcérée est devenue une escarre ronde, de 4 à 5 centimètres de diamètre. De plus, sur la face externe, à la place du point rouge est une plaque noire, longue de 2 centimètres sur 1 centimètre de largeur. On place sous la tumeur une vessie à moitié remplie d'eau; on fait aussi des applications d'eau blanche.

Le 26, même état.

Le 27, on perçoit quelques battements très-faibles, sans le moindre souffle. On recommence la compression. Au bout d'une heure, les battements ont disparu; on continue à comprimer encore pendant trois heures. La grande escarre s'entoure d'une auréole inflammatoire; l'escarre externe augmente un peu d'étendue; mais il ne se fait plus aucun suintement; on cesse les applications d'eau blanche. Plusieurs collatérales battent sur la face interne du genou.

Pendant les quatre jours suivants, il ne survient rien de nouveau; les deux escarres marchent vers l'élimination.

Le 1er novembre, l'escarre inférieure, qui est la plus grande, est toujours entourée d'une auréole violacée; on sent autour d'elle que la tumeur se ramollit. L'état général est très-bon.

Le 4, l'escarre externe. la plus petite, est tombée. Elle avait compris toute l'épaisseur de la peau et du sac anévrysmal; on voit, au fond de la perte de substance, une masse rougeâtre noire qui paraît être des caillots. La tumeur semble se ramollir dans son entier. L'œdème de la jambe et du genou diminue.

Les jours suivants, l'état général devient un peu moins bon : le pouls s'accélère, l'appétit diminue, l'inflammation qui entoure les parties mortifiées augmente. Il sort par la plaie externe un liquide sanieux roussâtre.

Le 10 novembre, sur la face externe, la peau qui se trouve en arrière de la plaie est très-enflammée, tendue, amincie, douloureuse, et le lendemain elle se perfore à quelque distance de la plaie. Puis cette perforation s'agrandit et laisse sortir des caillots cruoriques, ainsi qu'un liquide sanieux, semi-purulent, semi-sanguinolent. Cet endroit est très-douloureux; cependant l'état général s'améliore, l'appétit revient, la fièvre cesse. M. Jarjavay, qui vient de prendre le service, pense qu'il n'y a pas lieu d'intervenir activement, mais qu'il faut laisser aller les choses. Il fait disposer sous la jambe et la cuisse des coussins qui permettent à la tumeur de reposer très-doucement sur la vessie d'eau.

On fait aussi des applications d'eau froide.

Le 15, les deux plaies, en s'agrandissant, se sont réunies et forment ainsi une ouverture d'environ 6 centimètres de diamètre, qui laisse sortir une masse de caillots ayant le volume d'un gros œuf. L'escarre inférieure s'est séchée et reste en place.

Le 19, les caillots sortant au dehors forment comme un gros champignon du volume du poing. M. Jarjavay en retranche quelques fragments avec des ciseaux, sans opérer de traction. On observe alors que la partie seulement la plus superficielle de cette masse est formée par des caillots cruoriques, mais que tout le reste est constitué par des caillots actifs fibrineux, d'un blanc rougeâtre, disposés par couches concentriques. On fait, à chaque visite du matin et du soir, des irrigations d'eau tiède, pour laver les parties et combattre l'odeur putride des détritus qui sortent par la plaie.

Les jours suivants, on retranche encore quelques fragments de caillots.

Le 22, on coupe le reste des caillots qui font saillie au dehors. La tumeur est affaissée; la peau revient sur elle-même et se ride; le genou se dégorge; l'escarre inférieure se détache et la large ouverture

qui en résulte laisse voir des caillots fibrineux. L'état général est très-bon. On continue, matin et soir, les irrigations.

Les jours suivants, comme l'orifice externe n'est plus comblé par des caillots, il se rétrécit et présente des bourgeons charnus très-vivaces. Cependant on retire encore chaque jour, par cet orifice, des fragments de fibrine qui se détachent d'eux-mêmes de la cavité anévrysmale. Les caillots qui sortent par l'orifice inférieur sont également retranchés, et cet orifice se rétrécit. La tumeur a diminué de moitié; la mesure de la circonférence du genou n'est plus que de 56 centimètres. Les saillies naturelles de la région se dessinent. La jambe commence à pouvoir s'étendre sur la cuisse.

Le 30, un caillot volumineux se présente à l'orifice inférieur et est extrait. L'anévrysme est réduit à une sorte de cavité présentant deux ouvertures et contenant encore quelques débris fibrineux qui sont détachés peu à peu par les irrigations et sortent pendant les quatre premiers jours du mois de décembre.

A partir du 4 décembre, il ne sort plus aucun caillot. La poche, considérablement diminuée de capacité, admet seulement le doigt indicateur, dont l'extrémité peut, à peine, se mouvoir dans son intérieur. Les parois sont couvertes de bourgeons charnus. Les orifices se rétrécissent. La circonférence du genou mesure 52 centimètres. La jambe s'étend de plus en plus; l'œdème diminue. On continue les lavages.

Le 10 décembre, ce qui reste de la tumeur n'a plus que le volume d'un tout petit œuf, qui occupe le creux poplité. La cavité diminue de plus en plus et marche vers la cicatrisation; c'est à peine si l'on peut y introduire l'extrémité du petit doigt. La jambe peut se mettre presque entièrement dans l'extension. On fait une légère compression avec de la charpie et quelques tours de bande.

Le 25 décembre, on ne voit plus dans le creux poplité qu'une portion de peau ratatinée, ridée et plissée, qui remplace l'anévrysme. La cavité de la poche n'existe plus, et les orifices sont réduits à deux petits trajets fistuleux pouvant à peine admettre l'extrémité de la canule à irrigation. La circonférence du genou mesure 42 centimètres, tandis que celle de l'autre côté a 38 centimètres. La jambe et le pied sont encore un peu œdématiés. Le malade peut fléchir et allonger la jambe. On lui permet de se tenir assis sur un fauteuil; son état général est très-bon.

Enfin la cicatrice s'achève, et le malade sort de l'hôpital le 14 janvier 1868, pour retourner dans son pays. Il marche avec une canne et exécute tous les mouvements du genou. Mais il persiste une para-

lysie des muscles de la jambe, qui ne permet de mouvoir ni le pied, ni les orteils. De même aussi il y a une anesthésie cutanée dans toute la région animée par le sciatique poplité interne. Sauf cet inconvénient, le malade va très-bien; sa santé est excellente; il part entièrement guéri de son anévrysme.

COMMUNICATION.

Luxation de l'Astragale avec fracture de cet os et rotation de la trochlée autour de son axe transversal. — Subluxation de l'Astragale sur le scaphoïde.

M. Guérin. Quand on examine l'astragale dans ses rapports avec les os sur lesquels ses surfaces articulaires doivent se mouvoir, et les ligaments qui la fixent et s'opposent à son déplacement, on serait tenté de révoquer en doute la possibilité de la luxation de cet os. Mais des faits nombreux prouvent que sa luxation sur la mortaise péronéo-tibiale est assez fréquente, et déjà la science a enregistré un certain nombre d'observations de luxations de l'astragale sur le calcanéum.

Je ne dirai rien des cas dans lesquels l'astragale, restant uni au reste du pied, se luxe sur la jambe. C'est réellement la luxation du pied. Je tiens seulement à consigner dans nos bulletins une observation curieuse de luxation de l'astragale avec fracture au niveau du col de cet os, luxation de la trochlée sur l'apophyse postérieure du calcanéum et luxation incomplète, en haut de la tête de l'astragale sur le scaphoïde.

Le nommé F..., peintre en bâtiment, âgé de 27 ans, revenant le soir de son travail, se heurta contre des tuyaux placés sur la voie publique et, perdant l'équilibre, il tomba en arrière et sur le côté gauche. Dans cette chute, il fut retenu par le pied gauche, qui s'était enfoncé dans l'intérieur d'un des tuyaux, et, le poids de son corps entraînant la jambe en sens inverse, il y eut une grande violence exercée sur le bas de la jambe. Le malade ayant été porté dans une pharmacie, le pharmacien saisit le pied et, se faisant aider de deux hommes, il tira de toutes ses forces pour *rebouter* la luxation ou la fracture à laquelle il pouvait avoir affaire. Après cette opération, qui ne devait pas avoir été d'une grande utilité, le malade fut apporté dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, le 16 décembre 1867. Les internes l'ayant examiné avec soin, reconnurent une luxation de l'astragale. L'un d'eux crut qu'il s'agissait de l'espèce que l'on a appelée complète, dans laquelle l'os a perdu les rapports naturels qu'il a avec les

autres os du pied et avec la poulie astragalienne. Un autre pensa que c'était simplement une luxation du pied sur la jambe.

Le malade ressentant une vive douleur, les internes crurent devoir, pour le calmer, procéder immédiatement à la réduction de la luxation.

Je regrette de ne pas pouvoir décrire l'état dans lequel était le pied lorsque le malade fut apporté à l'hôpital. Les élèves qui eurent occasion de l'observer disent qu'il y avait, en avant de la mortaise péronéo-tibiale, une saillie qu'ils crurent formée par l'astragale déplacé en avant. Aussi, dans leurs tentatives de réduction, ils pressèrent d'avant en arrière sur cette saillie, pendant que le pied était tiré en sens inverse.

A la suite de cette opération, pensant que tout avait été remis en place, ils mirent la jambe et le pied dans une gouttière et firent faire des applications de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Le lendemain, à la visite, ne trouvant que du gonflement, sans autre déformation que celle qui accompagne une violente entorse, je crus, comme les internes, que la réduction avait eu lieu, et j'espérai qu'aucun accident ne surviendrait.

Je fus bientôt détrompé, car, au bout de quelques jours, je constatai, au-dessous de la malléole interne, de la fluctuation dénotant un abcès qui s'ouvrit de lui-même par un pertuis que j'agrandis pour faciliter l'écoulement du pus. Malgré l'étendue de cette incision, il fallut, le surlendemain, en refaire une autre près de la malléole externe, et, ayant introduit une sonde vers l'articulation tibio-tarsienne, je reconnus que l'astragale n'était plus recouverte de ses ligaments et que plusieurs articulations avaient été ouvertes.

Pendant huit jours, on pansa avec des cataplasmes de farine de lin et l'on maintint le membre malade dans la gouttière, où il avait été placé.

Malgré l'immobilité, la suppuration augmentant chaque jour et le malade s'affaiblissant rapidement, je pratiquai, le 18 janvier, l'amputation de la jambe, au-dessus des malléoles. Je ne parlerai pas de cette opération, dont les suites semblent devoir être favorables. Je ne rapporte l'histoire de ce malade qu'à cause du déplacement inattendu que nous constatâmes dans le pied.

L'astragale, fracturé au niveau de son col, avait deux fragments : l'un antérieur, maintenu encore en place par le ligament interosseux, avait pourtant subi une grande violence dans son articulation astragalo-scaphoïdienne, qui était largement ouverte; bien que les ligaments dorsaux de cette articulation eussent été rompus, on ne voyait en ce point aucun indice d'inflammation, mais le plan supérieur de la tête

de l'astragale dépassait de près d'un centimètre la surface correspondante du scaphoïde.

Le fragment postérieur présentait un déplacement plus curieux, car il avait subi un mouvement de rotation sur son *axe transversal*, de telle sorte que la surface calcanéenne était devenue postérieure et verticale, se trouvant ainsi sur le même plan que la surface postérieure du tibia. Par suite de ce déplacement, la face supérieure de la trochlée était devenue antérieure, et c'était sur son bord postérieur que la mortaise péronéo-tibiale reposait.

Je ne crois pas qu'il y ait dans nos recueils une observation indiquant un pareil déplacement.

M. Dubrueil, dans une thèse fort intéressante, a bien rapporté trois faits de luxation de l'astragale avec fracture du col de cet os; mais, dans la première de ces observations, « l'os, en se luxant et en abandonnant à la fois la surface tibiale et la surface calcanienne, avait subi un mouvement de rotation autour de son *axe vertical*, de telle sorte que sa partie postérieure était devenue antérieure et réciproquement.

Ce mouvement avait été tel, que la surface malléolaire externe regardait en dedans et un peu en bas, tandis que l'interne regardait en dehors. »

Dans la seconde, qui, comme la précédente, a été empruntée à Foucher, le fragment postérieur de l'astragale avait été renversé en dedans, de manière que la poulie articulaire était devenue parallèle au bord interne du pied, en tournant sur son axe antéro-postérieur.

Dans la troisième, qui a été communiquée par M. Jarjavay, le fragment trochléen avait encore tourné sur son axe antéro-postérieur, mais en sens inverse du précédent, de telle sorte que la face supérieure regardait en dehors, la face inférieure en dedans et la surface malléolaire interne en haut.

Ces observations prouvaient que le déplacement peut se faire par rotation sur les axes vertical et antéro-postérieur. La pièce que j'ai l'honneur de communiquer à la Société prouve que la rotation peut s'effectuer sur l'axe transversal.

Sur la pièce que je présente, on voit, en outre, que la mortaise péronéo-tibiale et le fragment d'astragale avec lequel elle a conservé des rapports, ont été portés en arrière sur l'apophyse postérieure du calcanéum, immédiatement derrière la surface astragalienne de cet os; et malgré le déplacement, l'allongement de la portion prétibiale du pied n'était pas appréciable à la vue, par suite du gonflement résultant de l'inflammation des parties molles.

Dans le déplacement que nous avons constaté après l'amputation, quelle part faut-il attribuer aux tentatives de réduction? Je serais assez disposé à croire que la portion antérieure de l'astragale a été un peu réduite par la pression exercée sur une saillie observée sur la coude-pied au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital, et que la mortaise péronéo-tibiale a été reportée en arrière par suite de la traction en avant que l'on a opérée sur le pied.

En voyant dans ce fait : 1° une luxation de l'astragale sur la mortaise, 2° une subluxation de l'astragale sur le scaphoïde, 3° une luxation du pied sur la mortaise et le fragment postérieur de l'astragale, 4° une fracture comminutive du corps de l'astragale, on se demande avec étonnement, et sans pouvoir en donner une explication suffisante, comment tant de lésions et comment des lésions si graves ont pu se produire dans une chute faite sur le côté et en arrière, le pied étant simplement retenu dans l'orifice d'un tuyau où il s'était introduit sans violence.

Le mode de production de ces lésions me paraît de nature à augmenter l'intérêt que présente la luxation sur laquelle j'ai appelé l'attention de la Société.

DISCUSSION.

M. Broca. J'ai pris connaissance de la plupart des observations qui sont relatives à la luxation de l'astragale, et je dois dire qu'il n'existe pas un seul fait analogue à celui dont M. Guérin vient d'entretenir la Société. Ordinairement la fracture porte sur le col de l'astragale et consécutivement la tête de l'os se luxe sur le scaphoïde, tandis que le fragment postérieur prend une situation variable.

Dans le cas de M. Guérin, la fracture porte sur le milieu de l'os; de plus, on peut affirmer que par suite d'une pression directe et verticale, la fracture et la luxation de l'os se sont effectuées simultanément.

Pour ce qui est de la luxation du scaphoïde par rapport à l'astragale, je dois déclarer que je n'admets point les luxations dites du scaphoïde, car toutes les autopsies ont démontré que les prétendues luxations du scaphoïde ne sont que des luxations sous-astragaliennes. Les notions d'anatomie sont contraires à l'idée d'un déplacement permanent du scaphoïde par rapport à

la tête de l'astragale. Dans l'observation de M. Guérin, il s'agit simplement d'une luxation de l'extrémité antérieure de l'astragale sur le scaphoïde. Sans nier absolument la possibilité des luxations du scaphoïde, il faut attendre des faits la démonstration de ce déplacement.

M. Chassaignac. Le fait que vient de rapporter M. Guérin est des plus intéressants. Toutes les fois qu'il s'agit d'une luxation de l'astragale, il faut faire une distinction capitale, suivant que la luxation s'accompagne ou non d'une fracture de l'os. Quand l'astragale est brisé, chacun des fragments peut se déplacer sans que la forme du pied soit pour cela modifiée d'une façon notable; on comprend donc les difficultés du diagnostic d'une pareille lésion; au contraire, lorsque l'os entier est déplacé, il y a une difformité considérable, l'os fait une saillie en dedans en même temps qu'on observe une déviation latérale du pied. Je dois signaler cependant une exception : dans un cas présenté ici par moi, la déviation du pied n'existait pas, et cela par suite de l'existence d'une fracture du cuboïde.

M. Broca fait remarquer que dans le cas rapporté par M. Chassaignac, la fracture du cuboïde changeait toutes les conditions physiologiques du pied, ce qui rendait possible la luxation du scaphoïde.

M. Chassaignac. Je n'accepte pas l'interprétation de M. Broca, j'ai, du reste, caractérisé la lésion non point de luxation du scaphoïde, mais bien de luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

M. Legouest. M. Broca avait bien raison de dire que les faits pouvaient donner tort aux inductions tirées des dispositions anatomiques. J'ai observé l'année dernière, à ma clinique, un fait incontestable de luxation du scaphoïde en haut par rapport à la tête de l'astragale. La luxation résultait d'une torsion considérable du pied; elle s'était produite chez un soldat dont le cheval s'était abattu, le pied restant dans l'étrier. Cette luxation incomplète est demeurée irréductible, quelles qu'aient été les manœuvres mises en usage, et lorsque tout gonflement a eu disparu, le déplacement est demeuré très-évident. On sentait au niveau du col de l'astragale une dépression notable, et immé-

diatement en avant, on constatait un relief formé par le scaphoïde; le doigt constatait même l'existence de la cupule formée par la face postérieure du scaphoïde. La voûte du pied était un peu abaissée, mais on ne sentait point la tête de l'astragale du côté de la face plantaire.

M. Broca. Le fait de M. Legouest paraît assez probant; cependant, pour modifier mes convictions sur l'existence de la luxation du scaphoïde, il faudrait qu'on nous montrât une pièce pathologique. Bien des fois on a diagnostiqué la luxation du scaphoïde sur le vivant, et l'autopsie a fait voir qu'il s'agissait de tout autre chose. Je ne puis admettre que M. Legouest ait observé un cas d'énucléation ou de luxation du scaphoïde par rapport aux os qui s'articulent avec lui, notre collègue n'eût pas manqué de le dire.

M. Legouest. Il y avait continuité parfaite à la face dorsale du pied, entre le scaphoïde et le premier métatarsien; il s'agissait bien certainement d'une luxation du scaphoïde et des os qu'il supporte, en haut par rapport à la tête de l'astragale.

M. Guérin. Je reconnais que sur ma pièce la fracture de l'astragale porte un peu en arrière par rapport au col de cet os. Indépendamment de la variété de luxation dont vous pouvez constater l'existence en ce moment, j'insiste sur l'importance de la lésion eu égard à la simplicité de la chute; ordinairement, les luxations de l'astragale s'observent à la suite de violences considérables.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

Résection tibio-tarsienne traumatique.

M. Broca présente les pièces pathologiques provenant d'une résection tibio-tarsienne qu'il a pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine.

Il ajoute les détails suivants : Une femme de 33 ans, très-lourde, chaussée de talons très-élevés, saute d'une voiture et se luxe par un mouvement de torsion le pied en dedans; les deux os de la jambe restés en dehors perforèrent la peau, le bas, la bottine et pénétrèrent dans le sol. Dès les premiers ins-

tants, on songea à l'amputation du bas de la jambe. La malade fut endormie, et au moyen d'une large incision, on put extraire l'astragale qui était complétement mobile grâce à une fracture qui intéressait la face inférieure de cet os. Cela fait, les deux os malléoles furent reséqués, sans toutefois conserver le périoste qui se trouvait déchiré en plusieurs points. Des accidents inflammatoires se manifestèrent consécutivement; néanmoins la malade guérit, et à sa sortie de l'hôpital, elle marchait sur une bottine munie de deux montants en acier. Le raccourcissement du membre paraissait notablement moindre que la hauteur des os reséqués.

Ostéite sous-périostée du Scapulum.

M. Marjolin. Plusieurs fois déjà, j'ai entretenu la Société de la fréquence et de la gravité des abcès sous-périostés ou des ostéo-myélites chez les jeunes sujets, et presque toujours j'ai eu à signaler en même temps l'erreur de diagnostic à laquelle cette maladie peut donner lieu, lorsque l'on n'a pas été à même de l'observer dès son début ou lorsque l'on manque de renseignements précis. Aussi, je n'aurais pas cru convenable de vous faire cette nouvelle communication si, par sa marche rapide, ses complications et son siége assez insolite, l'affection ne m'avait paru, cette fois, sortir un peu des faits du même genre.

Dans le cas actuel, il ne s'agit plus, comme nous l'avons observé si fréquemment, d'un de ces enfants exténués par la fatigue ou des travaux au-dessus de leurs forces; c'était une jeune fille de 13 ans et demi, grande, fôrte, parfaitement constituée, sans antécédents scrofuleux; réglée depuis six mois, placée comme apprentie fleuriste chez de bons patrons. Sa position, comme on le voit, n'était pas mauvaise.

Vers les derniers jours de décembre 1867, sans avoir été exposée soit à l'humidité soit au froid, sans avoir fait de chute, elle ressentit dans le côté droit du cou et dans plusieurs articulations des membres inférieurs des douleurs sourdes; bientôt elles semblèrent se fixer principalement à l'épaule droite; leur intensité augmenta, la fièvre survint, et la malade fut obligée de se mettre au lit.

Tels sont les seuls renseignements que nous avons pu obtenir de l'enfant lorsqu'elle entra, le 5 janvier, dans notre service, venant des salles de M. Barthez, où elle avait été admise la veille comme atteinte de rhumatisme articulaire.

Notre collègue, en voyant la tuméfaction de l'épaule et la fluctuation qui était déjà manifeste sur plusieurs points de la région scapulohumérale, avait reconnu de suite qu'il ne s'agissait pas d'une affection rhumatismale, mais d'une collection purulente profonde. La malade avait eu déjà du frisson, le visage était très-animé, le pouls fréquent, le ventre très-météorisé.

La malade fut placée, le jour même, dans mon service, et, en examinant avec soin toute la région scapulo-humérale, je ne tardai pas à voir que la fluctuation était surtout manifeste au niveau de la fosse sous-épineuse. Immédiatement je fis une incision profonde, pénétrant jusqu'à l'os; il sortit une grande quantité de pus, et, ayant introduit un stylet, je pus vérifier le diagnostic que j'avais porté, d'un abcès sous-périosté de la face postérieure du scapulum. Le périoste était décollé dans une étendue assez considérable, et l'os se trouvait ainsi à nu. Cette première ouverture amena un peu de soulagement, mais, contre mon espoir, je ne vis pas le gonflement articulaire diminuer sensiblement.

Comme toutes les articulations étaient douloureuses et que la maladie datait déjà de douze jours, j'examinai avec soin tous les points sensibles, principalement aux membres inférieurs, craignant qu'il ne se fût formé d'autres collections purulentes; n'ayant rencontré de fluctuation nulle part, je me contentai de faire recouvrir les régions les plus douloureuses avec de la ouate imbibée de laudanum, et d'entourer le tout avec du taffetas gommé, ce mode de pansement étant beaucoup plus commode et tout aussi efficace que les cataplasmes. Je n'employai de cataplasmes que pour l'épaule.

Comme prescription outre l'extrait de quinquina, j'ajoutai, dans le julep, 2 grammes d'alcoolature d'aconit. Sur le ventre, on fit des frictions avec l'huile de camomille camphrée. La malade dut prendre ce qu'elle pourrait d'aliments.

Le lendemain et le surlendemain, il y avait fort peu d'amélioration dans l'état général; le pus s'écoulait bien par l'ouverture, mais une autre collection isolée s'était formée au niveau de la région sus-épineuse, et il fallut faire une nouvelle ouverture. Cette fois encore, le stylet arriva sur l'os, dénudé de son périoste.

Malgré cette double incision, l'articulation scapulo-humérale était toujours très-tuméfiée, excessivement douloureuse. On ne pouvait imprimer au bras le plus léger mouvement sans provoquer de suite des cris.

En voyant la fluctuation qui existait au devant de l'épaule, je n'hésitai pas à faire une troisième ouverture en avant. Comme les

deux premières fois, le pus s'écoula en abondance; je crus même, après un premier examen, l'articulation ouverte, mais je ne voulus pas pousser trop loin mes recherches.

Le 10 janvier, bien que l'état général fût encore des plus graves, il y avait comme une sorte de rémission. La malade, qui avait été très-agitée les nuits précédentes, avait un peu reposé; la peau était fraîche, le pouls moins fréquent, le visage moins coloré, la soif moins vive, la langue humide; le volume de l'épaule était presque normal et la douleur avait diminué. Cette amélioration relative était, je crois, le résultat d'une abondante évacuation alvine provoquée par un peu d'huile de ricin.

Mais si quelques symptômes généraux s'étaient amendés, il était survenu une nouvelle complication d'un pronostic très-grave : un engorgement de la région sous-maxillaire du côté gauche s'était produit, il y avait là une inflammation de la glande sous-maxillaire et de tout le tissu cellulaire environnant. Des onctions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone furent faites sur cette région, et la prescription interne fut continuée. A dater de ce moment jusqu'à la mort, arrivée le 16, il survint de l'insomnie, du délire, des frissons très-marqués; de temps à autre, un peu de toux. Tout nous annonçait l'existence d'une infection purulente. Dans les derniers jours, il survint une hémorrhagie peu abondante par l'incision antérieure, et une escarre assez considérable au coude droit.

L'autopsie ne put être faite que partiellement : il nous fut seulement permis d'examiner la région scapulo-humérale, point de départ de tous ces désordres.

Presque tout le scapulum, dans les fosses sus et sous-épineuse, était dépouillé de son périoste. La partie inférieure cartilagineuse était détachée. L'articulation n'était pas ouverte, mais remplie de pus; la surface glénoïdienne était dépourvue de son cartilage. Quant à la tête de l'humérus, son cartilage était aminci, et en pratiquant une section suivant la longueur de l'os, il fut évident pour nous que déjà la portion spongieuse de la tête était malade jusqu'au cartilage épiphysaire. Il y avait déjà un commencement d'ostéo-myélite.

Très-probablement, si nous avions eu la permission de compléter l'autopsie, nous aurions trouvé d'autres altérations organiques consécutives à l'infection purulente.

M. Chassaignac. La communication de M. Marjolin est des plus intéressantes; on ne saurait en effet trop insister sur le

diagnostic et le traitement des phlegmons sous-périostés. Je profite de cette occasion pour affirmer de nouveau l'importance capitale du drainage chirurgical dans les cas d'abcès sous-périostés. J'ai obtenu par cette méthode, en y joignant les injections désinfectantes journalières, des guérisons parfois inespérées. M. Marjolin a bien raison d'insister sur les erreurs qui sont commises journellement; il serait désirable que le diagnostic fût porté de suite, car, suivant moi, le désordre initial se réduit à fort peu de choses. Mais si l'on temporise, la vie des malades se trouve en danger.

J'ai publié dans mes ouvrages un certain nombre de faits analogues à celui qui vous est apporté par M. Marjolin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1868

Présidence de M. LARREY

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. le secrétaire annuel lit le compte rendu des travaux de la Société pour 1867.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pour l'année 1867.

Messieurs,

En désignant votre secrétaire, vous lui confiez, tous les ans, le devoir de reproduire aussi exactement que possible les discussions qui remplissent vos séances. J'ai conscience, Messieurs, d'avoir mis tous mes soins à la rédaction de vos bulletins; j'espère avoir ainsi répondu à la confiance dont vous m'avez honoré.

M. le Secrétaire général va, dans un instant, retracer devant vous la vie de notre regretté Président. Il résulte, de cette circonstance, le devoir pour votre secrétaire annuel, de présenter ici un résumé des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année 1867. Je vous prie, Messieurs, de m'accorder quelques instants de bienveillante attention.

Comme les années précédentes, les séances de notre Société ont toujours été très-bien fournies. Communications, présentations de malades, nouveaux instruments, rien n'a manqué à l'intérêt de nos réunions, et souvent l'ordre du jour s'est trouvé trop chargé.

Pendant les six premiers mois de l'année, l'activité de la Société de chirurgie s'est concentrée presque uniquement sur deux grandes discussions qui, toutes les deux, se rattachent à la thérapeutique. Je dois un instant m'arrêter pour examiner une dernière fois ensemble quels ont été les résultats de ces deux tournois académiques qui, certainement, ont su intéresser le monde savant.

La relation d'une opération heureuse faite par notre savant collègue, M. Broca, a été l'origine d'une discussion prolongée sur l'opération du trépan. Un bon nombre de nos collègues ont pris part à ce débat, et vous avez vu successivement se formuler des opinions contradictoires; les unes avaient pour base l'expérience clinique, les autres se fondaient sur la simple induction. Mais examinons un peu quel était le problème qu'on s'efforçait de vouloir résoudre.

Les accidents qui succèdent aux blessures de la tête sont très-variés; leur signification pathologique bien positive nous échappe le plus souvent. Quelle est la valeur pronostique de tel ou tel symptôme, quelle est l'indication thérapeutique; ce sont là des questions qui sont rarement résolues au lit du malade.

A la suite d'une contusion du crâne, un blessé présente des accidents graves et persistants. On supposait le malade perdu, lorsque, dans l'espace de quelques heures, survient une amélioration inattendue à laquelle succédera bientôt la guérison. D'autres fois, les accidents du début sont très-simples, et plusieurs semaines après la chute, le blessé succombe pendant une attaque convulsive.

Ces différentes erreurs dans le pronostic, ces surprises chirurgicales, comme on pourrait les appeler, reconnaissent le plus souvent pour cause l'imperfection du diagnostic; aussi voyons-nous toujours les maîtres demeurer dans une sage réserve toutes les fois qu'il s'agit d'une blessure du crâne.

Les incertitudes presque inévitables du diagnostic, l'impossibilité de préciser la lésion, autorisent souvent l'erreur; on peut dire que la thé-

rapeutique des plaies de tête est une mission bien délicate à remplir. Tel guérit ses blessés, et il a recours à la médication la plus énergique; tel autre se contente d'un régime sévère, et il arrive exactement au même résultat.

Rien n'est obscur comme l'indication; rien surtout n'est difficile comme de mettre en harmonie et la thérapeutique employée et les résultats obtenus. Combien il est facile de se faire illusion, et cependant on n'hésite point à dire que tel médicament a guéri le malade, que c'est grâce à telle opération que le blessé a eu la vie sauve.

Ces diverses réflexions, qui sont suggérées par l'étude des plaies de tête en général, demeurent encore exactes lorsqu'il s'agit de résoudre la question bien autrement grave: de l'utilité du trépan dans les blessures du crâne.

Comme vous le savez, Messieurs, on a trépané préventivement, on a trépané en présence de symptômes définis; d'autres enfin ont réservé le trépan pour les cas *in extremis*.

Les résultats obtenus à diverses époques ont été constamment contradictoires, et les chirurgiens les plus autorisés n'ont pu s'entendre.

Cette divergence dans les opinions, on la retrouve à chaque instant et elle explique le retour en quelque sorte périodique, dans les sociétés savantes, d'une discussion sur le trépan.

Tant que les fonctions de l'encéphale et de ses divers départements ne seront pas mieux connues, tant que la méthode expérimentale n'aura pas fourni à l'étude des plaies de tête l'éclat des lumières qu'elle porte sur toutes les questions, jusque là, Messieurs, le problème que comporte l'opération du trépan sera scientifiquement insoluble. On citera de beaux succès, de nombreux revers seront enregistrés, sans qu'on puisse dire exactement quelle a été la part de l'intervention chirurgicale.

Notre collègue, M. Guérin, avait donc bien raison, ou du moins je partage son avis, lorsqu'il disait : « La Société de chirurgie n'était point en mesure de discuter l'opération du trépan; nous n'étions point préparés à juger en dernier ressort un problème posé depuis des siècles. »

Est-ce à dire pour cela, Messieurs, que la discussion provoquée par M. Broca ait été complétement stérile? Non. Notre collègue, et avec lui MM. Deguise et Perrin, ont bien fait voir qu'il fallait limiter la question et savoir restreindre l'étude à des cas déterminés. Cette manière d'envisager les choses ne pouvait être que très-utile à la pratique chirurgicale. Malgré les efforts des membres dont je viens de citer les noms, la discussion s'est bientôt généralisée; elle a perdu la précision

réclamée par ses promoteurs; mais en même temps se sont produits les résultats que peut fournir l'expérience des praticiens les plus compétents.

Notre Président, M. Legouest, a relaté de belles observations que renferment désormais vos bulletins; il nous a transmis l'impression que la pratique des camps lui a laissée en disant : « Il y a très-probablement indication de trépaner, toutes les fois qu'on doute s'il y a lieu de le faire. »

M. Perrin a su vous intéresser par le récit palpitant de quelques faits dont il a été le témoin. Nos deux collègues, un peu compagnons d'armes, demandent qu'on revieune au trépan, dût-on en abuser un peu.

Je dois mentionner, dans cette analyse rapide, un travail fort étendu que nous devons aux recherches patientes de M. Lefort. Notre collègue a fait passer sous vos yeux une statistique considérable dont la valeur a, du reste, été fort contestée par M. Giraldès. Ce dernier a surtout insisté pour établir que si, d'une part, on pratique l'opération du trépan plus souvent en Angleterre qu'en France, d'autre part le dissentiment qui sépare les chirurgiens français n'en existe pas moins de l'autre côté du détroit.

Il vous a montré tel hôpital où l'on trépane les blessés, tel autre où l'on s'abstient presque complétement.

M. Lefort a su donner à sa communication un intérêt réel en réunissant par groupes les principaux symptômes qui succèdent aux blessures du crâne, et en essayant de faire correspondre à chacun de ces groupes des lésions probables et consécutivement des indications plus ou moins précises.

Il ne serait point difficile de citer des faits qui démontrent combien les conclusions formulées par M. Lefort sont loin d'être toujours en harmonie avec la pratique, mais il faut reconnaître que, faute des bases scientifiques dont je parlais il n'y a qu'un instant, la solution du problème ne pouvait être plus précisée. La statistique utilisée dans la question du trépan ne pouvait fournir, ici comme ailleurs, que des résultats problématiques; c'est un point de vue sous lequel on peut envisager toutes les questions médicales, mais c'est un procédé qui absolument ne peut fournir aucun résultat définitif.

En présence d'un blessé offrant la série des symptômes qui succèdent ordinairement aux lésions graves de la tête, on éprouve forcément et toujours un grand embarras, et je comprends que M. Giraldès ait pu dire que l'indication du trépan, faute d'une base certaiue, était encore aujourd'hui subordonnée au tempérament du chirurgien. Oui,

l'incertitude de la lésion et surtout de son étendue ne permet pas d'affirmer l'indication, et c'est l'expérience, l'habitude spéciale qui autorisent tel ou tel à donner un bon conseil dans un cas déterminé.

Ce que la longue expérience peut apprendre, ce que l'étude attentive d'un grand nombre de blessures du crâne peut fournir de résultats, toutes ces choses, nous les devons à la libéralité scientifique de l'un de nos collègues. M. Larrey a réuni, pour les analyser ici, non-seulement les nombreuses observations qui lui sont personnelles, mais encore il a formulé les enseignements qui ressortent de la pratique de son illustre père.

Or, Messieurs, que résulte-t-il de cet énorme travail, qui certes fera l'un des plus beaux ornements de nos publications? Que ressort-il de l'expérience successive des Larrey? Une double formule que je vous demande la permission de transcrire ici : « Que l'opération du trépan, si salutaire, si indispensable quelquefois, n'est pas toujours sans gravité par elle-même et doit être réservée à des cas bien définis et non entreprise au hasard ou de parti pris, dans des cas douteux ou désespérés, sous peine d'aggraver le plus souvent les complications et de hâter une terminaison funeste; que c'est, au contraire, l'application active et trop de fois négligée des autres ressources de l'art qui peut, dans la plupart des circonstances, seconder les merveilleux efforts de la nature pour la guérison des blessures les plus graves de la tête. »

Voici, Messieurs, la solution, la seule que pouvait fournir l'expérience; mais, répétons-le, la solution véritablement scientifique reste encore à trouver.

Ici se présente l'occasion, et je la saisis avec empressement, de rendre hommage au zèle scientifique d'un correspondant de la Société. M. Pétrequin a su charmer l'une de nos séances par la lecture d'un travail important ayant pour titre : *Recherches historiques sur l'opération du trépan au temps d'Hippocrate.*

L'observation clinique a démontré qu'il existe dans l'organisme vivant une force médicatrice spontanée qu'il faut le plus souvent respecter au bénéfice des malades. Mais, tout en reconnaissant qu'il pouvait être funeste de troubler, par des médications empiriques, les tendances de la nature lorsqu'elles sont heureuses, on a dû se demander s'il ne pouvait pas être possible et utile de troubler ces mêmes tendances et de les modifier lorsqu'elles sont mauvaises. Telle

fut l'origine de la doctrine de Paracelse, substituée à l'expectation hippocratique (1).

A toutes les époques, la médecine empirique a eu de nombreux partisans, car c'est une tendance naturelle de l'esprit de placer, à côté de chaque maladie, le remède spécifique. Cependant il serait désirable que la thérapeutique eût désormais des allures plus scientifiques.

Déjà bien des tentatives ont été faites, et dans ces dernières années, nous avons vu surgir une école véritablement nouvelle. Les effets physiologiques provoqués par les médicaments sont proclamés comme l'une des bases importantes de la thérapeutique.

Sans rien repousser absolument et en tenant grand compte des résultats fournis par la clinique, il serait à la fois intéressant et utile de reprendre, à nouveau, l'étude des médicaments en insistant sur l'examen des remèdes dont la valeur a été rendue presque incontestable par l'expérience de plusieurs siècles.

Tel était, Messieurs, mon sentiment lorsque, à l'occasion d'un rapport, j'ai posé incidemment la question de savoir si le mercure était indispensable oui ou non dans le traitement de la syphilis. J'apportais ici quelques faits bien observés de syphilis guéries sans mercure, et je demandais à mes collègues de m'éclairer de leur expérience. J'étais loin de m'attendre à ce que cette initiative de ma part dût provoquer une agitation, quelque petite qu'elle fût. Il ne s'agissait point d'une révolution et encore moins d'une émeute, comme on s'est plu à le répéter.

Je n'entreprendrai pas de reproduire ici les principaux termes de cette discussion; elle a été longue, et cependant on peut résumer le débat en disant que, pour la grande majorité de la Société de chirurgie, il est indispensable d'administrer du mercure aux individus qui sont atteints de la vérole.

On pourrait bien relever les dissidences notables qui se sont produites entre les partisans du mercure, sur le moment où l'on doit administrer le remède, sur la durée de la médication, et surtout sur la préparation qui doit être employée de préférence. Tout a été dit, soutenu, même cette proposition que le proto-iodure de mercure expose à « des insuccès fréquents, » ce qui laisserait supposer que, depuis une trentaine d'années, les syphilitiques ont été soumis, par la majorité des médecins, à une médication dont l'insuccès serait la règle.

Nous donnons du mercure à tous nos malades, et nous les guéris-

(1) Voyez Claude Bernard, *Médecine expérimentale.*

sons; le mercure est un agent précieux qu'il suffit de bien employer pour en obtenir de bons effets.

Telle pourrait être, en résumé, la réponse que la Société de chirurgie semble avoir donnée à cette question : le mercure est-il indispensable dans le traitement de la syphilis?

Il est toujours bien difficile de déterminer quelle est la part de la nature et celle des médicaments dans la guérison des maladies. L'illustre Gall a écrit, sur ce sujet, un livre intéressant dont la conclusion se réduit à reconnaître l'immense difficulté du problème.

Tous les jours on peut se faire les plus grandes illusions sur la nature d'un traitement; n'a-t-on pas démontré, par exemple, que le traitement de la pneumonie par la saignée, traitement que l'on croyait si efficace, n'est en réalité qu'une illusion thérapeutique?

Les actions médicamenteuses se ramènent à de simples modifications physiologiques dans la propriété des éléments histologiques de nos tissus. Démontrons que l'action du mercure neutralise les modifications qu'impose à ces mêmes éléments anatomiques le virus syphilitique, et nous aurons scientifiquement établi que le mercure est utile dans le traitement de la syphilis; jusque là, il serait peut-être plus sage de rester dans le doute. La médecine empirique a pu, en s'appuyant sur la statistique, c'est-à-dire sur la pratique générale, déclarer que le mercure guérissait la vérole; mais, comme l'a si bien dit Claude Bernard, la médecine basée sur la statistique n'est qu'une science conjecturale.

Pour me résumer, je dirai que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est sage de continuer à donner du mercure aux syphilitiques; mais, tout en s'inclinant devant cette décision de la majorité, votre Secrétaire ne peut considérer cette sorte de *consensus* comme une solution définitive. Vouloir en rester là, ce serait s'opposer à ce que la médecine devienne une science; or, tous les jours, de nouveaux efforts démontrent que ce serait en vain qu'on mettrait obstacle à cette tendance moderne de la constitution d'une science médicale, substituée à l'art du praticien.

J'aborde maintenant, Messieurs, l'analyse des autres travaux qui ont occupé vos séances.

Si, comme il y a lieu de le craindre, les vacances de la Société de chirurgie nous ont privé de la visite de beaucoup de nos correspondants, et si, par conséquent, nous avons à regretter bien des communications intéressantes, nous devons, par contre, vous signaler une compensation bien réelle.

L'un de nos associés étrangers, le modèle assurément des corres-

pondants, M. le docteur Vanzetti, de Padoue, a su remplir trois de nos séances par des communications dans lesquelles l'intérêt scientifique le disputait à l'art du narrateur. Vous n'avez pas oublié, j'en suis certain, ces récits simples et pleins de finesse, cette verve toute nationale; vous êtes restés longtemps sous le charme de cette voix harmonieuse qui donne aux communications de M. Vanzetti un attrait si puissant. La diction de notre collègue peut certainement être considérée comme un art dont bien peu ont le secret.

Les communications de M. Vanzetti se rattachent à divers points de la pratique, mais c'est encore, et comme toujours, à la compression digitale que notre correspondant emprunte la plus belle part de son trophée chirurgical. Ce que l'étude et l'expérience peuvent tirer d'une méthode, on peut dire que M. Vanzetti l'a utilisé dans l'emploi de la compression digitale. Chaque fois que notre correspondant vient à Paris, ce sont de nouveaux succès qu'il faut enregistrer dans le traitement des anévrismes par la compression.

Cette fois encore, Messieurs, le docteur Vanzetti nous a donné les beaux spécimens de sa pratique personnelle et de celle de ses nombreux élèves. Ce n'est pas tout : l'ingénieux chirurgien de Padoue a pensé que le ralentissement ou la suppression du cours du sang dans l'artère principale d'un membre pouvait avoir des conséquences sur la vitalité des tissus et, par suite, être utilisé par la thérapeutique. C'est ainsi que notre collègue a appliqué, et avec succès, la compression digitale à la cure des phlegmons simples et diffus.

Il est rare que de beaux et constants résultats dans l'emploi d'une méthode thérapeutique n'entraînent pas forcément leur promoteur à la généralisation de la méthode; l'engouement survient et parfois même un certain degré d'exagération. La grande prudence de M. Vanzetti ne semble pas lui avoir permis d'éviter l'écueil que je signale : peut-être le professeur de Padoue a-t-il voulu étendre beaucoup trop loin les bienfaits de la compression digitale. Que la tentative soit innocente lorsqu'il s'agit de la cure de l'éléphantiasis, nous le confessons volontiers, mais lorsqu'on nous parle d'une maladie aussi grave que la pustule maligne, d'une affection dans laquelle l'expectation est une faute, nous n'hésitons pas à repousser la compression digitale alors, que nous sommes en possession d'un traitement aussi rationnel qu'il est sûr.

Certes, l'observation que vous a lue M. Vanzetti est digne du plus grand intérêt, mais elle est loin d'être concluante; le diagnostic laisse peut-être à désirer. Dans tous les cas, un seul fait ne peut déterminer les chirurgiens à abandonner la cautérisation pour expérimenter la compression digitale.

J'aurais voulu, Messieurs, alors que je passe en revue les questions qui se rattachent à la thérapeutique chirurgicale, j'aurais voulu, dis-je, pouvoir résumer devant vous les diverses opinions relatives à une question vraiment capitale. Le public scientifique était peut-être en droit d'attendre de vous la solution de l'important problème que comporte l'opération de l'ovariotomie.

Un certain nombre d'observations vous ont été adressées, presque toutes des succès. La commission nommée par vous a soumis à votre appréciation, par l'organe de son rapporteur, M. Boinet, un long et consciencieux travail. Tous les faits connus jusqu'ici dans notre pays ont été relevés, analysés et commentés.

La conclusion rigoureuse de ce travail est que l'ovariotomie donne en France une proportion de deux succès sur cinq opérations. Ce résultat serait de nature à encourager tout le monde; mais si l'on analysait plus exactement les conditions de succès et d'insuccès, on arriverait probablement à poser les indications de l'ovariotomie avec une plus grande précision, et peut-être la mortalité s'abaisserait-elle encore davantage. La question est toute nouvelle, et l'opinion des chirurgiens français n'est pas encore suffisamment faite.

Vous regretterez avec moi, Messieurs, j'en suis certain, que la discussion n'ait pas permis à toutes les opinions de se produire; il en fût résulté une vive lumière capable d'éclairer la question si obscure de la cure radicale des hydropisies enkystées de l'ovaire par l'extirpation des tumeurs.

Nous appelons de tous nos vœux cette discussion comme un moyen de trancher définitivement une question importante de la pratique.

Personne ne saurait blâmer les chirurgiens qui ont le courage de faire l'ovariotomie, mais il serait nécessaire qu'un tribunal aussi compétent que la Société de chirurgie eût prononcé son jugement. Il faudrait qu'il fût dit que l'ovariotomie, loin d'être une témérité chirurgicale, appartient désormais à la pratique, et que le devoir du chirurgien est d'exécuter cette opération toutes les fois que les indications sont bien nettement posées.

Les vices de conformation ont toujours eu le privilége d'attirer votre attention; chaque année, ces monstruosités font l'objet de quelques remarques importantes. A l'exemple de mes devanciers, j'ai également à vous signaler diverses particularités intéressantes.

La question du bec-de-lièvre est encore venue nous arrêter quelques instants. Rien de bien nouveau à vous mentionner; tel ou tel procédé a trouvé son défenseur, telle suture vous a été présentée comme supérieure à toutes les autres.

Notre collègue, M. Depaul, vous a démontré, par des exemples nouveaux, qu'on peut arriver à de fort beaux résultats en employant la combinaison si simple de l'avivement et de la suture entortillée. M. Depaul semble disposé à croire que les meilleurs résultats sont fournis par ce qu'il appellerait volontiers la vieille manière d'opérer le bec-de-lièvre.

La staphyloraphie nous a valu une communication très-importante de notre nouveau collègue, M. Liégeois. Dans un mémoire fort bien fait, l'auteur a su montrer l'influence que peuvent exercer, sur les résultats définitifs de l'opération, divers exercices vocaux dont la direction a pour base des notions exactes de physiologie. Cependant et malgré les nombreux perfectionnements qui sont venus compléter la restauration palatine, il demeure évident que certains opérés ne récupèrent point le complet exercice du voile palatin, et que la fonction vocale reste absolument imparfaite, quoique l'opération ait par elle-même entièrement réussi.

Quelles sont les diverses conditions à la faveur desquelles l'opération de staphyloraphie la mieux exécutée donne tantôt un succès complet, tantôt une simple amélioration, tantôt même un résultat nul? C'est ce que notre collègue, M. Trélat, a su parfaitement indiquer dans un rapport qui peut être considéré comme un des mémoires les plus intéressants dans la collection de 1867. Cette étude fort bien faite, remplie de vues très-ingénieuses, jette un jour tout nouveau sur les conditions qui peuvent assurer les résultats de la staphyloraphie; aussi, sur la proposition de notre regretté maître M. Velpeau, la Société a-t-elle décidé que le travail de M. Liégeois, ainsi que le rapport de M. Trélat, seraient imprimés dans les mémoires de la Société de chirurgie.

C'est ici le lieu de rappeler un malade que vous a présenté M. Trélat. Cet individu offrait les traces évidentes d'une division palatine réunie par un tissu cicatriciel. Cependant cet homme n'avait jamais subi la moindre opération et, si l'on accepte son dire, vous auriez pu constater l'exemple, peut-être unique, d'une staphyloraphie exécutée par les seuls efforts de la nature, soit pendant la vie intra-utérine, peut-être même dans les années qui suivirent la naissance.

De nouveaux faits étudiés avec soin permettront très-probablement d'établir que, de même que certains individus présentent les traces d'un bec-de-lièvre cicatrisé avant la naissance, de même aussi on peut observer sur le voile du palais les traces d'un arrêt de développement pour la restauration duquel la nature semble avoir fait tous les frais. Dans tous les cas, il resterait à démontrer que la ligne colorée

qui réunit les deux moitiés de la lèvre ou les deux moitiés du voile du palais est bien une cicatrice réelle. Il semble plus probable qu'il s'agit là d'un degré moins avancé dans l'arrêt de développement plutôt que d'une cicatrice consécutive à la formation de la fissure.

Certains fœtus viennent au monde en quelque sorte assis sur une énorme tumeur, se fixant au périnée dans la région qui avoisine la pointe du sacrum et la fin de l'intestin. Indépendamment des causes de dystocies qu'elles entraînent souvent, ces monstruosités sont fort intéressantes sous le rapport de leur composition anatomique et eu égard à leur origine probable. M. Depaul vous a montré un bel exemple de ces tumeurs périnéales, et l'observation bien complète rédigée par le docteur Bailly figure dans vos bulletins.

M. Depaul a saisi cette occasion pour entretenir la Société de plusieurs faits analogues qu'il a pu étudier à diverses époques. Il résulte de l'expérience personnelle de notre collègue, que les tumeurs périnéales dont je parle en ce moment sont parfois composées par des éléments embryo-plastiques, tandis que d'autres fois elles renferment des médulocytes, c'est-à-dire des éléments qui proviennent de la moelle épinière ou des cordons qui émanent de ce centre.

Parmi ces tumeurs périnéales que l'on observe au moment de la naissance, certaines d'entre elles ne seraient-elles pas constituées par des spina-bifida plus ou moins transformés? En un mot existe-t-il un spina-bifida que l'on pourrait appeler inférieur ou périnéal? Telle a été la question soulevée incidemment.

Plusieurs faits ont été cités à l'appui de cette opinion, mais la solution fût restée indécise si l'un de nos confrères distingués de la province, M. Kuhn, ne nous eût adressé un travail fort intéressant et capable d'entraîner la conviction. Il résulte, de la communication faite par M. Kuhn, que si certaines tumeurs périnéales sont bien absolument indépendantes du rachis et des organes contenus, il est d'autres productions qui ont des rapports positifs de continuité avec la moelle épinière et ses enveloppes.

En résumé on peut admettre dans la région du périnée, sous le nom de spina-bifida périnéal, une tumeur qui, sortant par l'échancrure inférieure du sacrum, est formée par les éléments de la moelle ou de ses méninges.

En rattachant cette variété de tumeur à quelques-unes plus connues que l'on observe sur le trajet de la colonne rachidienne, et cela, sans que l'on puisse constater l'écartement des lames vertébrales, on arrive à cette conclusion que la définition classique du spina-bifida

serait peut-être avantageusement modifiée, si on la faisait dans le sens d'une généralisation plus grande capable de réunir en un seul groupe toutes les tumeurs dont la composition rappelle la moelle épinière, ses enveloppes et le liquide rachidien.

Au nombre des affections que l'on observe parfois chez l'enfant nouveau-né, on compte les lésions traumatiques qui peuvent assaillir le petit être lors de sa pérégrination au travers des organes maternels. Ainsi, par exemple, lorsque dans les applications de forceps le chirurgien néglige une précaution importante, lorsqu'il ne prend pas soin de limiter la profondeur à laquelle il introduit les branches de l'instrument, l'enfant se trouve exposé à la compression des nerfs qui émergent sur les côtés du cou. C'est ainsi que l'on peut observer une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur.

Cet accident, sur lequel M. Danyau avait autrefois attiré l'attention des observateurs, a été constaté de nouveau par M. Guéniot.

Cette circonstance a été mise à profit par notre collègue M. Blot, qui a lu devant la Société un rapport à la fois simple et substantiel.

Quelle est exactement la gravité de cette paralysie consécutive à l'application du forceps? C'est ici que commencent certaines divergences. M. Blot se fondant sur deux faits dans lesquels la paralysie a persisté, recommande une grande réserve dans le pronostic; il vous a fait remarquer que M. Guéniot n'était point autorisé à dire que son petit malade était guéri, puisque l'enfant a été perdu de vue avant le rétablissement complet des mouvements.

M. Depaul a observé plusieurs fois la paralysie du bras, mais il la croit simple et curable; il assimile ce trouble fonctionnel à la paralysie faciale qui succède, elle aussi, à l'application du forceps. Notre collègue déclare que son expérience lui permet d'affirmer que toutes ces paralysies guérissent dans la grande majorité des cas.

Des observations bien prises et prolongées pendant longtemps sont donc encore nécessaires pour juger définitivement cette question intéressante. Il est bien probable que le pronostic des paralysies qui succèdent à l'application du forceps est peu grave, mais, dans l'état actuel de la science, on ne saurait désapprouver la réserve que M. Blot commande d'apporter en pareille circonstance.

Messieurs, l'année 1867 a vu finir une discussion qui demeure terminée jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent encore mettre aux prises d'une part les partisans des résections sous-périostées, d'autre part ceux qui préconisent l'évidement des os.

L'Académie des sciences, sans vouloir se prononcer, a rendu justice

à deux chercheurs infatigables, tous deux nos collègues à la Société de chirurgie.

Chacun de nous a su apprécier à leur juste valeur les expériences si ingénieuses et si variées entreprises par M. Ollier. M. Sédillot lui-même reconnaissait dans une lettre qu'il nous a adressée que le livre de notre collègue de Lyon fait le plus grand honneur à la chirurgie française. Cependant, si l'on envisage la question à un point de vue purement clinique, on arrive à cette conclusion, celle de M. Larrey et de la plupart des membres de cette Société, que les expériences de M. Ollier manquent encore d'une confirmation clinique suffisante.

A l'occasion de l'influence que peut avoir le périoste dans la reproduction des os, on avait incidemment soulevé le problème de la résection du calcanéum. Cette opération si diversement appréciée semble devoir occuper une place définitive dans la pratique. M. Rigaud, notre correspondant de Strasbourg, nous a envoyé six observations très-importantes. Si à cela nous joignons un beau succès que l'on pouvait constater chez un malade présenté par M. Giraldès, nous arriverons à conclure que l'extirpation du calcanéum est une bonne opération, toutes les fois que celle-ci est pratiquée chez de jeunes sujets et pour des affections chroniques de l'os, c'est-à-dire dans les cas où le premier résultat de la maladie a été l'isolement du périoste épaissi, par conséquent du périoste pathologique que nous savons si apte à la reproduction des os.

Une maladie du périoste fibro-muqueux qui tapisse la base du crâne, les polypes naso-pharyngiens ont été l'objet des préoccupations constantes de la Société. Vous avez tous présentes à la mémoire nos discussions sur la valeur des procédés, sur l'importance de tel ou tel agent destructeur.

Il semblait généralement admis qu'une opération préliminaire était absolument indispensable pour assurer la voie par laquelle on détruit successivement les racines du mal.

Les efforts des chirurgiens ont concouru à diminuer autant que possible la gravité de l'opération préliminaire, et c'est là un argument qu'on pourra toujours invoquer en faveur de la résection palatine, opération simple permettant d'attaquer facilement et successivement l'implantation de la tumeur.

Malgré tous ces progrès réels, la cûre des polypes naso-pharyngiens n'en est pas moins restée une entreprise périlleuse remplie de difficultés.

L'expérience clinique a fait voir qu'aucune des méthodes proposées n'était absolument satisfaisante lorsqu'il s'agissait de cas particuliers,

et que c'était au chirurgien à faire un choix judicieux parmi les différentes ressources que l'art mettait à sa disposition. Telle tumeur à embranchements multiples, volumineuse, exigera la résection de l'os maxillaire supérieur; pour un bon nombre de ces polypes, il suffira d'une perte de substance peu étendue permettant les cautérisations destructives.

Quelle que soit l'importance des opérations préliminaires, il répugne d'avoir recours à ces mutilations lorsqu'il s'agit d'un polype dont l'implantation est peu considérable en même temps que la tumeur occupe une situation assez facilement accessible.

Vous vous rappelez la tentative heureuse de M. Guérin, qui rugine la base du crâne en pénétrant directement par la narine. Cette année, votre secrétaire doit fixer votre attention sur une communication de M. Hergott; lui aussi ne peut se résoudre à considérer les mutilations préliminaires comme le dernier mot de la chirurgie, et il pense que la conduite du chirurgien doit être subordonnée à la recherche exacte de l'implantation du polype. A tous les moyens mis en usage pour préciser le diagnostic, notre correspondant propose de joindre l'examen laryngoscopique.

L'observation qui vous a été adressée par M. Hergott mérite un sérieux examen. On y trouve la preuve : 1° qu'il ne suffit pas de lier le polype pour en obtenir la guérison; 2° qu'une rugine introduite par la narine permet de dénuder la surface qui correspond à l'apophyse basilaire. Malheureusement il manque à cette observation la preuve que M. Hergott ait réellement obtenu une cure définitive, et nous devons émettre le vœu qu'un examen nouveau vienne confirmer un beau succès qui serait dû, il faut le reconnaître, à l'emploi d'une opération relativement bien innocente.

Si les connaissances que donne la pratique avaient pu conduire la chirurgie à la perfection, cet art ne serait-il point parfait depuis plusieurs siècles? Ainsi s'exprime Lapeyronie, puis il ajoute : Il y a d'autres connaissances difficiles à saisir et qui doivent concourir au perfectionnement de la chirurgie : ces connaissances sont le fruit de l'expérimentation sur les animaux.

L'expérimentation physiologique a été, comme vous le savez, Messieurs, largement mise à contribution dans ces dernières années, mais il semble que cette source féconde qu'indiquait Lapeyronie en inaugurant l'Académie de chirurgie, il semble, dis-je, que cette source soit inépuisable.

C'est à l'expérimentation sur les animaux que notre collègue,

M. Panas, s'est adressé pour résoudre une question très-délicate de la chirurgie. Quel est le mode de production de la péritonite générale qui succède aux opérations faites sur les hernies étranglées et enflammées?

Notre collègue n'a point accepté la doctrine de la propagation comme capable d'expliquer toujours cette péritonite foudroyante qui survient parfois à la suite d'une réduction facile de la hernie enflammée. Pour M. Panas, l'anse intestinale qui fait partie de la hernie est bientôt privée de sa circulation capillaire, elle se comporte alors à la manière d'une partie inerte et elle ne s'oppose plus à la transsudation des liquides contenus dans son intérieur. Le passage s'effectue et voici suivant M. Panas l'origine de la péritonite consécutive.

Théorie ingénieuse basée sur l'expérimentation physiologique, théorie à laquelle plusieurs d'entre vous ont adressé des objections importantes, théorie qu'il faudra vérifier pour l'étude clinique. Néanmoins, je tenais à vous signaler les recherches de M. Panas, qui sont à la fois originales et séduisantes.

Chaque année apporte son tribut, qui n'est en définitive que le résultat des efforts que vous faites tous pour le progrès des sciences chirurgicales. Il n'y a pas encore longtemps que dans un compte rendu plein d'intérêt, notre collègue M. Jarjavay signalait avec intention l'absence de travaux relatifs aux maladies des yeux et aux maladies des voies urinaires. Cet appel fut entendu, et l'année dernière M. Guyon mentionnait des recherches fort importantes d'ophthalmologie. Aujourd'hui, j'ai à vous indiquer des communications sur les maladies des voies urinaires.

Je vous rappellerai d'abord une belle observation que nous devons à M. le docteur Guéniot. Ce fait démontre une fois de plus que certains calculs peuvent se fragmenter spontanément dans la vessie.

Un de nos correspondants, M. Drouineau, est venu lire à cette tribune le récit d'opérations heureuses nécessitées par la présence de calculs urinaires; enfin une communication de M. Borelli a provoqué dans le sein de la Société une discussion peut-être un peu trop courte sur diverses tentatives qui ont toutes pour but de simplifier l'extraction des calculs de la vessie alors que la lithotritie n'est pas possible.

On peut augurer de cette discussion que si la taille périnéale avec les larges incisions conserve encore parmi nous des partisans convaincus, le plus grand nombre des membres de la Société de chirurgie semble se rattacher à cette idée qu'on peut débarrasser les malades, pourvu qu'on fasse au périnée une petite plaie capable de laisser passer des

instruments lithotriteurs. De tous côtés on comprend combien il est préférable de fragmenter un gros calcul pour en faire l'extraction. Cette idée bien ancienne tend à se régulariser, grâce à divers perfectionnements, et c'est avec satisfaction que je constate l'approbation de la Société de chirurgie en faveur de la lithotritie périnéale.

Messieurs, il y a vingt-cinq ans, l'élite dela chirurgie française, les maîtres d'aujourd'hui, patronnés par les maîtres d'alors, se réunissaient pour fonder la Société de chirurgie.

L'amour de la science les animait, ils faisaient appel à tous les hommes de bonne volonté. On ne vous interrogeait pas sur vos opinions politiques, sur votre foi philosophique, la seule garantie que demandaient nos fondateurs, c'était la vérité scientifique et la moralité professionnelle.

C'est ainsi, Messieurs, qu'une voie féconde a été tracée, et c'est dans cette direction que sont engagées trois générations successives.

Les résultats, vous les connaissez, ils sont immenses, et la Société de chirurgie a conquis la place qu'ambitionnaient pour elle nos illustres devanciers.

Continuons, Messieurs, ces nobles exemples; loin de nous les rivalités mesquines, les ambitions personnelles; respect et déférence aux anciens, accueil sympathique aux nouveaux, confraternité entre tous; nous n'avons qu'un seul but, c'est l'avancement de la chirurgie.

M. le Secrétaire général lit l'éloge de M. Follin. (*Sera publié dans les Mémoires.*)

M. Tillaux lit le rapport suivant sur les travaux envoyés pour le prix Duval.

Rapport sur les thèses présentées au concours du prix Duval pour l'année 1868 par M. Tillaux.

Messieurs,

J'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Blot, Tarnier, Labbé et Tillaux, de vous rendre compte des thèses qui ont été envoyées à la Société pour le concours du prix Duval.

Elles ont été soutenues à la Faculté de Paris et sont au nombre de sept :

1° M. Hurel. Considérations sur les fractures de la clavicule;

2° M. Frarier. Du Phlegmon des ligaments larges;

3° M. Gougenheim. Des Tumeurs anévrismales des artères du cerveau;

4° M. Marduel. De la Résection sous-capsulo-périostée de l'articulation du coude;

5° M. Dudon. De l'Urétrotomie externe;

6° M. Causit. Des Polypes du larynx;

7° M. Anger. Des Tumeurs érectiles lymphatiques (adénolymphocèles).

M. Hurel a profité de son internat à l'asile de Vincennes pour étudier l'état des mouvements du membre supérieur à la suite des fractures de la clavicule.

C'est une thèse intéressante, mais dont les conclusions n'ont rien présenté à votre Commission qui méritât d'être spécialement signalé.

J'en dirai autant de la thèse de M. Frarier : c'est un bon travail, mais qui ne possède pas les qualités que vous demandez ordinairement à une thèse pour la récompenser.

La thèse de M. Gougenheim, sur les tumeurs anévrismales des artères du cerveau, est fort intéressante. L'auteur a réuni et commenté soigneusement un grand nombre d'observations éparses dans la science; mais il a semblé à votre Commission que cette thèse, quoique très-bonne, étant presque exclusivement médicale, ne pouvait pas être récompensée par la Société de chirurgie.

Le travail de M. Marduel sur la résection sous-capsulo-périostée du coude est assurément bien fait. Votre Commission a remarqué surtout la clarté de l'exposition ainsi que la conviction profonde dont l'auteur est animé. Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de la méthode si préconisée par M. Marduel; je dirai seulement que votre Commission n'a pas complétement partagé l'enthousiasme de notre jeune confrère. Cette thèse n'a d'ailleurs fait que mettre plus encore en lumière les opinions professées souvent devant vous par notre distingué collègue M. Ollier, de Lyon, sans y rien ajouter. Aussi votre Commission n'a-t-elle pas cru devoir la récompenser.

Les trois thèses qui ont principalement attiré notre attention sont celles de MM. Dudon, Causit et Anger.

La thèse de M. Dudon sur l'urétrotomie externe est très consciencieusement faite. L'auteur s'est servi de tous les documents et surtout des observations publiées dans ces dernières années sur ce sujet. Il en a lui-même recueilli quinze dans les hôpitaux de Bordeaux et de Paris.

M. Dudon se montre très-partisan, et avec raison, de l'urétrotomie externe, toutes les fois que la dilatation d'abord et l'urétrotomie interne sont impuissantes ou impossibles. Les indications de cette grave opération ont été bien formulées par l'auteur. Le chapitre qui mérite le plus d'éloges est celui où M. Dudon rend compte des résultats consécutifs. Il faut le féliciter d'avoir recherché les malades et de nous avoir indiqué dans quel état il les a trouvés plusieurs années après l'opération. Pour ces différentes raisons, votre Commission a cru devoir récompenser la thèse de M. Dudon.

M. Causit a publié une très-bonne monographie sur les polypes du larynx. Recueillant un grand nombre de faits, publiés tant en France qu'à l'étranger, M. Causit a tracé une histoire complète de cette grave et intéressante maladie. C'est un travail qui restera dans la science et que chacun devra consulter toutes les fois qu'il aura affaire à une affection de ce genre. Votre Commission a pensé qu'une récompense était légitimement due à M. Causit.

M. Anger a eu la bonne fortune de rencontrer, pendant son internat dans le service de M. Nélaton, un malade atteint de tumeurs multiples sous-maxillaires et inguinales qu'il propose d'appeler tumeurs érectiles lymphatiques ou adénolymphocèles. Bien qu'Amussat eût rencontré un malade atteint de la même affection, c'est M. Nélaton qui, le premier, décrivit ce genre de tumeur, en traça la symptomatologie et en reconnut nettement la nature. Notre collègue, M. Trélat, en observa également un cas fort remarquable. Réunissant les quelques faits épars dans la science, en y ajoutant celui qui lui est propre, M. Anger s'est servi de ces matériaux pour présenter l'histoire aussi complète que possible de cette étrange maladie.

Votre Commission a surtout remarqué le chapitre relatif à l'anatomie pathologique, dans lequel M. Anger démontre que ces tumeurs sont le résultat des dilatations variqueuses des vaisseaux intra-ganglionnaires. L'auteur a fait plusieurs expériences sur les animaux dans le but de découvrir la cause de ces varices ganglionnaires : il a lié le canal thoracique sur plusieurs chiens sans atteindre le but qu'il cherchait.

Si M. Anger a éclairé cette question obscure par de nombreuses observations microscopiques, il n'a pas négligé pour cela le côté clinique. Les symptômes, le diagnostic différentiel sont judicieusement présentés. De belles planches terminent cette thèse et permettent de comprendre et de suivre plus aisément la pensée de l'auteur. Votre Commission n'a donc pu hésiter à accorder une récompense à M. Anger.

Examinant ensuite le mérite relatif de ces trois derniers candidats, MM. Dudon, Causit et Anger, nous avons pensé que, eu égard à l'originalité du sujet, au vif intérêt qui s'y attache, aux recherches propres à l'auteur, nous devions classer les candidats de la façon suivante :

En première ligne, M. Anger; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Causit et Dudon.

En conséquence, Messieurs, votre Commission vous propose de décerner le prix Duval à M. le docteur Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux de Paris, et l'accessit *ex æquo* à M. le docteur Causit, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Dudon, ancien interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Messieurs, pour se conformer aux intentions du fondateur du prix Duval, la Commission a pensé qu'il était bon de mieux préciser les termes ou les conditions du programme.

J'ai l'honneur de rappeler que vous avez accepté les deux modifications suivantes :

1° Les thèses devront être remises à la Société avant le 15 septembre de chaque année.

2° Seront seuls admis au concours les internes définitifs *nommés au concours*.

M. Legouest s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Un impérieux devoir de famille m'a empêché d'assister à la dernière séance. Je ne doute pas que vous n'excusiez mon absence et que vous n'acceptiez le témoignage de mes regrets.

J'aurais dû vous présenter, mercredi dernier, le compte rendu de l'état de la Société de chirurgie; n'ayant pu le faire, je vous prie de me permettre d'accomplir aujourd'hui cette tâche.

L'honneur en revenait à un autre, dont le nom est dans vos cœurs et sur vos lèvres, à Follin; Follin, qui n'a présidé qu'une seule fois à nos débats, que la science comptait parmi ses plus fervents adeptes, l'art parmi les praticiens les plus habiles, et dont la fin prématurée est encore une douleur pour chacun de nous.

Un ami, un émule de Follin vous a rappelé sa vie et ses travaux. Il m'appartient néanmoins de rendre hommage, une fois encore, à la mémoire de notre infortuné Président. Il devait ouvrir la funeste série des pertes que nous avons éprouvées pendant l'année qui vient de s'écouler. Quelques mois après lui, son maître succombait.

Tard venu parmi nous, comme membre honoraire, M. Velpeau, dont l'illustration sera célébrée, sans doute, dans une autre enceinte, nous offrait ici l'émouvant exemple du travail continué, sans fatigue, bien au delà de l'heure habituelle du repos.

Après le maître, un élève encore, Foucher, disparaissait subitement frappé du coup qu'il était seul à prévoir et qu'il attendait avec le courage dont il a fait preuve pendant toute sa carrière.

Enfin, il y a quelques jours à peine, nous avons perdu Laborie, dont l'affabilité laissera parmi nous de longs souvenirs.

Que de deuils, Messieurs! et quels deuils, en moins d'un an! C'est à nos jeunes collègues de s'efforcer de nous les rendre moins sensibles; c'est sur eux que compte la Société de chirurgie pour combler de pareils vides. S'ils entendent cet appel, — et ils l'entendent, car ils sont l'élite de la jeunesse savante, — je n'aurai pu leur souhaiter une meilleure bienvenue. Qu'ils apportent à la Société, heureuse de leur avoir ouvert ses rangs, les fruits de leurs travaux : c'est ici que ces fruits mûriront à la chaleur de la discussion.

Où trouver ailleurs, en effet, plus que dans cette assemblée, des éléments mieux choisis pour les progrès de la science? Les uns près des autres s'asseoient des hommes encore pleins de la verdeur juvénile, des praticiens dans toute la vigoureuse expansion du talent, des maîtres dont l'expérience a apporté dans les convictions l'apaisement et la solidité. Que ces éléments s'allient, comme ils l'ont toujours fait; qu'ils s'unissent dans un commun élan pour atteindre la vérité, et leurs efforts affermiront à jamais la juste renommée que la Société de chirurgie s'est acquise.

J'en parle sans immodestie, Messieurs, car tous les chirurgiens haut placés par leur mérite, en France et à l'étranger, briguent l'honneur de vous appartenir à titre d'associés ou de correspondants, et la plupart de vos membres honoraires assistent toujours à vos réunions avec un intérêt et une exactitude que de plus jeunes pourraient leur envier. Vos adjonctions ont été nombreuses dans le cours de l'année dernière. Vous avez nommé deux membres titulaires, trois membres honoraires, un associé étranger, six correspondants nationaux et cinq correspondants étrangers. L'année qui commence ne comptera pas moins d'adjonctions nouvelles se disputant de valeureux précédents.

En élargissant le cadre de vos correspondants nationaux, vous avez pris une mesure également utile à vos intérêts scientifiques et à vos intérêts financiers. Aussi, depuis deux ans, votre budget est-il non-seulement équilibré, mais encore présente-t-il un notable excédant de recettes. Il n'est que juste, toutefois, de rapporter une partie de cette

prospérité de vos finances à la sage et fructueuse administration de votre Trésorier, qui vous soumettra ses comptes de gestion dans la prochaine séance, c'est-à-dire qu'il recueillera une fois de plus et vos remerciements et vos encouragements.

Des circonstances dont le bureau n'a pas été maître ont quelque peu entravé la publication de notre bulletin; elles seront, à l'avenir, conjurées par des mesures dont l'étude vous sera prochainement proposée. En revanche, la fin de l'année 1867 a vu paraître le quatrième fascicule du tome VI de vos mémoires; et l'année 1868 ne s'écoulera pas, je l'espère, sans que j'aie la satisfaction de vous annoncer l'achèvement du catalogue méthodique de votre bibliothèque.

Je termine, Messieurs, en vous remerciant, comme vice-président, de l'indulgence et des sympathies que vous m'avez témoignées, et en vous priant, comme président, de vouloir bien me les continuer.

OBSERVATION DE PNEUMATOCÈLE DU CRANE

PAR M. FLEURY

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND

Le pneumatocèle du crâne est une maladie rare, puisqu'on n'en trouve la description dans aucun des ouvrages de pathologie externe que nous avons entre nos mains.

Le *Compendium de chirurgie pratique* renferme, il est vrai, une observation de M. Jarjavay, mais il est question d'une perforation des sinus frontaux.

Dans l'année 1865, M. le professeur Denonvilliers en a observé un exemple assez remarquable, et le fait qui a été publié dans l'un des premiers numéros de *la Gazette des Hôpitaux* de l'année dernière, a été le point de départ des recherches qui ont été faites par M. Thomas, l'un de ses élèves, qui a réuni huit observations. Elles lui ont servi à composer la monographie qu'il a publiée.

Comme les malades dont il parle dans son mémoire sont guéris ou ont été perdus de vue, il a émis des hypothèses plus ou moins vraisemblables pour expliquer le développement de cette affection, mais aucune démonstration anatomique n'a été produite à l'appui.

J'espère combler cette lacune en faisant parvenir à la Société de chirurgie la pièce anatomique qui a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Clermont, et en adressant à ses honorables membres la description de l'affection qui a été observée.

Je pense que la discussion à laquelle donnera lieu cette communication servira à élucider un point de pathologie qui est encore bien obscur.

Le passage de l'air contenu dans les sinus frontaux ou les

cellules mastoïdiennes peut, il est vrai, facilement expliquer le décollement du péricrâne; mais en dehors de toute lésion traumatique, la cause qui détermine la perforation de ces cavités me paraît encore environnée d'obscurité.

M. Thomas croit devoir la trouver dans l'atrophie de la lame externe des cellules mastoïdiennes et dans une perforation de cette lamelle. C'est une supposition purement gratuite et qui ne peut être admise lorsque l'on a sous les yeux la pièce anatomique que j'ai l'honneur d'adresser à la Société. Comment admettre, en effet, l'intégrité de l'ouïe et une altération primitive de l'apophyse mastoïde? Il est bien plus rationnel de supposer que la maladie a débuté par le périoste ou les os du crâne, et que l'usure ou l'ulcération qui en a été la conséquence, en établissant une communication avec l'apophyse mastoïde, la cavité tympanique et le périoste, a décollé cette membrane fibreuse et déterminé la formation du pneumatocèle.

Dès l'instant où les os du crâne sont mis à nu, cette altération doit être bien plus grave que ne le pense M. Thomas, et on peut se demander si on a jamais obtenu par la compression un recollement complet de cette membrane.

Le pneumatocèle du crâne ne me paraît donc pas une affection aussi bénigne que le pense l'auteur de la monographie en question, et le traitement n'est pas aussi facile qu'il l'assure et la guérison aussi radicale qu'il le suppose.

François G...., âgé de 30 ans, exerce à Clermont la profession de tailleur. C'est un homme assez robuste qui a toutes les apparences d'une bonne constitution.

Il sentit, il y a quinze mois à peu près, derrière le côté gauche de la tête, au niveau de l'apophyse mastoïde, une petite tumeur qui avait le volume d'une noisette. Elle était dure, indolente, sans changement de couleur à la peau; sa marche fut d'abord très-lente, son développement peu rapide, mais, depuis quatre mois, elle a pris un accroissement considérable et a gagné la région occipitale et la région pariétale du côté gauche.

Jusqu'au milieu de décembre, le malade n'a éprouvé aucune gêne, n'a pas senti la moindre douleur et a continué son travail comme par le passé; il percevait parfois néanmoins dans les oreilles de petit sif-

flements qui augmentaient d'intensité lorsque, par une cause quelconque, la tumeur était comprimée. L'oreille gauche en était bien plus fortement impressionnée que celle du côté opposé. Cependant, comme il ne souffrait pas, il ne fut pas autrement préoccupé de cet état et ne consulta personne.

Depuis quinze jours, G.... éprouve des étourdissements et de violents maux de tête qui l'obligent à suspendre son travail et qui le forcent à prendre un point d'appui sur les objets qui l'environnent pour prévenir une chute qui lui paraît à chaque instant imminente. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il est reçu le 7 avril.

On remarque, à la partie postérieure de sa tête, une tumeur qui a 56 centimètres de circonférence et qui mesure dans ses diamètres antero-postérieur et transversal 29 centimètres. Le premier part de la protubérance occipitale externe et aboutit au sommet de la tête, au niveau de la région fronto-pariétale; le second s'étend du milieu du pariétal gauche, au point correspondant du côté opposé.

Elle est irrégulièrement arrondie et présente au sommet de la tête trois ou quatre bosselures volumineuses; la peau, qui a conservé sa coloration normale, n'est point douloureuse à la pression. En la pressant dans ses différents diamètres, on a la sensation d'un corps mou et résistant. La percussion n'a pas été exercée; elle eût pu mettre sur la voie de la maladie.

Le 9 avril, après avoir préalablement fait raser la tête, je pratique une petite incision à la partie postérieure et inférieure de la tumeur. Mon étonnement fut grand, je l'avoue, lorsque je la vis s'affaisser comme un ballon de caoutchouc distendu par de l'air. Les douleurs qu'éprouvait le malade me faisaient croire plutôt à l'existence d'une collection liquide que gazeuse. Une petite artériole a été ouverte, sa ligature a pu être facilement pratiquée. En introduisant le doigt dans cette vaste poche, on sent des inégalités séparées par des enfoncements plus ou moins profonds et qui existent à gauche, surtout au niveau des apophyses mastoïde et occipitale.

Quelques boulettes de charpie sont introduites dans sa cavité, et on exerce une compression assez forte au moyen d'un couvre-chef, afin de se mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

Dans la journée, le malade a de la fièvre et accuse un sentiment de chaleur dans toute la tête.

Le 10, la fréquence du pouls a encore augmenté : il y a 120 pulsations dans la journée.

Le 11, deux hémorrhagies successives ont lieu; on les arrête avec

des tampons imbibés de perchlorure de fer et une compression assez énergique.

Le 12, les paupières sont le siége d'un œdème dur qui tend à gagner le visage.

Les liquides qui s'écoulent de la plaie ont une odeur très-fétide; des injections d'eau chlorurée sont pratiquées dans la cavité, et on y introduit quelques brins de charpie imbibés d'eau-de-vie camphrée.

A dater de ce moment, le moral du malade, qui était resté bon, commence à fléchir. Le gonflement qui existait aux paupières s'est étendu aux joues, aux lèvres, et a gagné les parois de la poitrine; la bouche ne s'entr'ouvre qu'avec difficulté, la déglutition est difficile, les yeux sont cachés par les paupières, qui ne peuvent plus s'entr'ouvrir.

Pendant quelques jours, l'amélioration qui s'est manifestée a pu donner quelque espoir. En même temps que la plaie se détergeait, que la suppuration était moins abondante et de meilleure nature, l'œdème diminuait, l'œil gauche commençait à s'ouvrir, la parole devenait plus facile, l'appétit reparaissait.

Mais ce bien-être n'a pas été de longue durée.

Le 22 avril, une nouvelle hémorrhagie plus abondante que les deux autres s'est manifestée; il semble à l'interne de garde, qui est appelé, que le sang est fourni par les surfaces osseuses, et qu'il provient des parties les plus profondes de la cavité.

A dater de ce moment, les forces s'affaiblissent de jour en jour, l'œdème gagne le thorax en totalité; la figure, énormément boursouflée, est hideuse à voir et rappelle celle des individus qui sont restés longtemps plongés dans l'eau.

Jusqu'au 25 avril, les facultés intellectuelles ont conservé toute leur intégrité, mais, dès ce jour, la mémoire s'affaiblit, du délire se manifeste, et lorsqu'on cherche à soulever le malade, il est saisi d'un tremblement convulsif.

Le 27, il y eut encore une légère hémorrhagie.

La déglutition n'est plus possible; il meurt le 2 mai, dans la soirée.

Ce malade était intelligent et a pu nous donner tous les renseignements désirables.

Il ne sait à quelle cause attribuer l'affection dont il a été atteint. Ses parents ont toujours été bien portants, lui-même a joui jusque là d'une bonne santé.

Il n'a jamais reçu de coups sur la tête; il n'a été atteint d'aucune

affection vénérienne; sa vie a toujours été sobre et régulière; ses facultés intellectuelles et sensitives ont toujours été intactes, et malgré les petits sifflements dont il se plaignait parfois et qui n'ont existé que depuis le mois de décembre, l'ouïe a joui de toute sa sensibilité.

L'examen de la tête offrait un intérêt tout particulier; on pouvait le faire avec d'autant plus de facilité que le cadavre n'a pas été réclamé.

Lorsque les os du crâne ont été dépouillés des parties molles, en ayant soin de conserver le périoste, ce qui n'a pas permis d'envoyer une pièce aussi nette qu'on l'aurait désiré, j'ai cherché à introduire une petite sonde métallique dans un conduit osseux, dont l'ouverture s'ouvrait à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde; elle n'a pu pénétrer très-profondément. Je lui ai substitué une bougie en caoutchouc très-fine qui est allée plus loin, mais qui a été arrêtée à son tour : je voulais voir si la communication qui avait dû exister entre la trompe d'Eustache et le tissu sous-périostique serait conservée, mais ces tentatives n'ont pas abouti.

J'ai substitué aux instruments solides une injection d'eau; elle est sortie par le trou stylo-mastoïdien.

Lorsque, après avoir vidé le crâne et enlevé la dure-mère, j'ai voulu recommencer l'opération, le liquide disparaissait sans laisser aucune trace à l'extérieur.

Soupçonnant une communication avec la cavité encéphalique, j'y ai fait une ouverture qui m'a confirmé dans l'opinion que j'avais émise. Une petite tige de plomb indique le point où existe la perforation. Elle a servi à constater l'existence d'une usure dans la portion de l'occipital qui est creusé d'une dépression pour loger le sinus latéral, usure qui s'étend également à la base du rocher.

A l'extérieur, la cavité crânienne est dénudée de son périoste dans une surface qui est circonscrite par une ligne assez irrégulière qui s'étend à droite de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe pour gagner de là la moitié droite de l'occipital, le pariétal du même côté et arriver, en se rétrécissant, au point de jonction de la suture fronto-pariétale.

Du côté gauche, la même ligne arrive en longeant le côté correspondant du pariétal à la même suture.

Les altérations osseuses les plus profondes n'existent point à l'apophyse mastoïde elle-même, qui a conservé sa forme et son volume mais plus en arrière; c'est là où les saillies et les enfoncements sont les plus prononcés.

Une altération de même nature se voit au niveau de la protubérance externe de l'occipital. Cet os est rugueux dans toute son étendue, mais les inégalités diminuent à mesure que l'on se rapproche de la suture lambdoïde pour disparaître presque complétement dans la région pariétale.

L'altération la plus profonde a donc son siége au point de jonction de l'occipital et du temporal, au niveau et un peu en arrière de la base de l'apophyse mastoïde. C'est là en effet où le mal a commencé.

Il est probable que la destruction des parois du crâne dans cette région aurait amené la dénudation et l'inflammation de la dure-mère et que, plus tard, G.... aurait succombé à une méningite.

On ne peut donc, d'après cela, considérer le pneumatocèle du crâne comme une affection sans gravité.

MÉMOIRE

SUR

DEUX CAS D'ANUS CONTRE NATURE

GUÉRIS PAR LA SUTURE

Par M. le docteur PATRY (de Sainte-Maure)

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Maure

---

Hernie crurale. — Perforation de l'intestin par deux ascarides lombricoïdes. — Opération. — Guérison.

Les ascarides lombricoïdes se développent primitivement dans l'intestin, et lorsqu'on les rencontre dans la cavité du péritoine, il faut nécessairement admettre qu'une communication s'est établie entre la séreuse et la cavité intestinale. Cette communication est produite par des causes diverses. Elle peut être le résultat d'une eschare gangréneuse, d'une ulcération simple, tuberculeuse ou de toute autre nature de la paroi intestinale. Dans ces différents cas, lorsqu'on rencontre un ou plusieurs vers lombrics dans la cavité du péritoine, il y a des signes qui permettent de reconnaître que les entozoaires ont été étrangers à la perforation intestinale. Souvent même, leur migration dans le péritoine s'est faite après la mort, ainsi que l'indique l'absence de péritonite qui, dans le cas contraire, se développe immédiatement et entraîne une mort rapide. M. Davaine, dans son *Traité des Entozoaires*, dit : « Lorsqu'on n'aura pas reconnu pendant la vie les symptômes de la péritonite, ou, à l'autopsie, les caractères anatomiques de cette affection, on devra conclure que l'arrivée de l'ascaride lombricoïde dans la cavité abdominale s'est faite après la mort. »

Si les altérations pathologiques que nous avons mentionnées sont les causes les plus fréquentes des perforations intestinales, elles ne sont cependant pas les seules admises. Il y a des auteurs qui pensent que, sans altération préalable, les vers lombrics peuvent pratiquer cette perforation de l'intestin par le simple écartement des fibres de cet organe. Cette théorie, qui a été émise et défendue par Mondière

de Loudun, explique d'une manière satisfaisante pourquoi, dans certains cas, on ne peut plus retrouver la trace de l'ouverture qui a livré passage aux entozoaires. Cependant, elle ne peut être mise en doute, car on a constaté leur présence dans le péritoine, et on sait qu'ils ne peuvent se développer dans cette cavité. Dans ces cas, les fibres des parois de l'intestin, qui ont été simplement refoulées et non détruites, reviennent sur elles-mêmes par leur élasticité et leur contractilité propres et oblitèrent promptement l'ouverture qui a livré passage à l'ascaride lombricoïde.

Cette opinion, en faveur de laquelle le docteur Royer de Joinville a rapporté un fait très-concluant, n'a cependant pas été adoptée par tous les médecins.

Malgré cette observation, qui ne peut laisser de doute sur la cause de la perforation intestinale, il règne encore aujourd'hui une très-grande incertitude sur la manière dont les ascarides lombricoïdes pénètrent dans la cavité péritonéale.

Je vais transcrire cette observation, qui offre la plus grande analogie avec celle qui fait le sujet de cette communication.

« Gouvenot fils, à Joinville, âgé de 12 ans, un peu maigre, mais assez fort et habituellement bien portant, rendant de temps en temps par l'anus des vers, prit, le 15 avril 1848, du semen-contra qui lui fit mettre bas une grande quantité de lombrics (au moins trente), lorsque, quatre jours après, et sans cause appréciable, se portant bien, il survint tout à coup de violentes douleurs abdominales qui ne lui laissèrent pas de repos, puis des vomissements.

« Appelé auprès du malade, je constatai une tension et une très-grande sensibilité du bas-ventre, un facies pâle, exprimant la souffrance, un pouls petit, fréquent; des vomissements bilieux; jambes et cuisses fléchies sur l'abdomen; enfin je diagnostiquai une péritonite violente qui, malgré le traitement énergique que je lui opposai, amena la mort en moins de vingt-quatre heures.

« *Autopsie :* 1° Épanchement de matières intestinales liquides dans le péritoine, facilement reconnaissables par leur odeur et leur couleur; 2° les signes d'une péritonite aiguë générale commençante; 3° la présence d'un ascaride lombricoïde dans le péritoine, au milieu de ce liquide. Ce ver, qui était mort et de moyenne dimension, correspondait à la portion inférieure de l'intestin grêle, à l'iléon, ce qui me fit penser qu'il devait y avoir une perforation intestinale dans les environs; 4° en effet, en examinant avec soin, je trouvai une perforation de l'iléon en avant et à trois centimètres de son union au cœcum. Cette ouverture est petite, directe (c'est-à-dire qu'elle ne rampe pas

entre les tuniques intestinales), et laisse encore échapper quelques matières liquides de l'intestin; elle ne semble pas produite par un emporte-pièce, comme si elle était l'effet d'une ulcération. Elle paraît, au contraire, avoir été produite par un instrument piquant, qui aurait agi en écartant les fibres plutôt qu'en les coupant, ou en les déchirant. Ses bords ne sont le siége d'aucun travail inflammatoire, ce qui indique sa formation récente; 5° la muqueuse intestinale est normale; il n'y a ni ramollissement, ni ulcération dans ce canal, qui renferme encore plusieurs lombrics dans son trajet. »

Malgré cette observation, dont les détails sont très-clairs et très-précis, on peut dire qu'il règne encore aujourd'hui une très-grande incertitude sur la manière dont les ascarides pénètrent dans la cavité péritonéale. Chez la malade que j'ai observée, les deux entozoaires sont sortis de l'intestin par une perforation qui, bien certainement, était le résultat du refoulement des fibres de cet organe, sans avoir été précédée d'ulcération ou de ramollissement, ainsi que l'indiquait la disposition des bords de cette ouverture.

Après l'extraction du second ver lombric, qui n'était pas encore entièrement sorti de l'intestin, les fibres musculaires sont revenues sur elles-mêmes, de manière que la perforation intestinale était très-diminuée au moment de la réduction de la hernie.

Observation. — Femme Vernier, âgée de 42 ans, forte et bien portante, mère de cinq enfants, s'est aperçue, il y a quatre ans, lorsqu'elle a eu son quatrième enfant, qu'elle avait une grosseur dans l'aine droite. Cette tumeur n'était point douloureuse à la pression, sortait et rentrait d'elle-même.

Le 10 décembre 1844, après un travail pénible, elle a été prise d'une violente colique, et elle s'est aperçue que la tumeur de l'aine était sortie. Elle s'est couchée, et elle a cherché en vain à la faire remonter. J'ai vu cette malade le lendemain dans la matinée, et je l'ai trouvée dans l'état suivant :

Elle n'a pas de fièvre; elle se plaint de violentes coliques et a vomi une grande partie de la nuit. Le ventre est météorisé et douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Dans l'aine droite, au-dessous du ligament de Fallope, à l'orifice de l'anneau crural, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, de forme arrondie, à parois lisses, presque immobile, rendant un son clair à la percussion, douloureuse à la pression, sans changement de couleur des téguments. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis le 9 au matin. Tous ces symptômes ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une tumeur herniaire.

J'ai essayé de réduire cette hernie en pratiquant le taxis. Cette manœuvre, qui était douloureuse, a été faite sans de grands efforts et en augmentant progressivement la force de pression. Après plusieurs tentatives qui ont été prolongées jusqu'à la fatigue, j'ai dû renoncer à ce moyen.

J'ai fait donner un lavement purgatif, et la tumeur a été couverte d'une couche d'extrait de belladone.

Le soir, j'ai revu la malade avec mon collègue, M. Davonneau. Le lavement purgatif a provoqué une garde-robe abondante. La tumeur est toujours aussi dure, aussi volumineuse et aussi douloureuse à la pression. Ses parois sont lisses, et, en la comprimant, on ne constate rien de particulier. Les vomissements ont continué, et il y a de temps en temps du hoquet.

Je n'ai pas voulu attendre au lendemain pour faire l'opération, qui a été pratiquée vingt-quatre heures environ après le début de l'étranglement.

En ouvrant le sac, il s'est écoulé un peu de sérosité brunâtre n'ayant aucune odeur. Dans sa cavité, nous avons trouvé un ver lombric vivant, et un second était au tiers sorti par l'ouverture qui avait dû livrer passage au premier. Je l'ai extrait en exerçant une certaine traction, car l'ouverture qui lui a livré passage le comprime assez fortement, surtout lorsqu'on arrive à la partie moyenne, qui est la plus volumineuse. Elle a ses bords renversés en dehors ; ils ne sont ni amincis, ni taillés à pic. Des gaz se sont échappés par l'ouverture de communication. La tumeur herniaire est formée par une anse d'intestin grêle; sa paroi est injectée et très-résistante. J'ai fait le débridement, et j'ai examiné avec soin la partie de l'intestin sur laquelle portait l'étranglement.

Après la sortie du ver lombric, la perforation a diminué d'une manière sensible par le rapprochement des fibres musculaires, qui sont revenues sur elles-mêmes. Dans la crainte d'un épanchement dans le péritoine, j'ai fixé par un point de fil l'ouverture de l'intestin à l'entrée de l'anneau crural. Mais cette ouverture était déjà tellement réduite, que je me suis demandé si l'épanchement eût été possible.

Pendant le débridement, l'intestin ayant glissé devant le tranchant du bistouri, j'ai coupé les tuniques séreuse et musculaire. Malgré la profondeur de cette plaie, qui pénétrait jusqu'à la muqueuse, j'ai réduit l'intestin.

J'ai appliqué un bandage qui comprimait légèrement la plaie.

J'ai fait prendre, dans la journée et les jours suivants, 10 centigr. d'extrait thébaïque.

Le lendemain de l'opération, 12 décembre, les coliques et les vomissements ont cessé; la malade va très-bien; il n'y a pas de fièvre; le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Le mieux a continué jusque dans la matinée du 14. Vers les dix heures, la malade a été prise subitement d'une violente colique, avec des vomissements verdâtres très-abondants. Ces accidents, qui ont duré pendant plusieurs heures, se sont calmés dans la soirée. La figure était très altérée, le pouls petit et fréquent. Le ventre était légèrement tendu, mais il était très-douloureux à la pression. Il ne s'est rien écoulé par la plaie.

Cette malade avait cessé, depuis le matin deux heures, de prendre sa potion avec l'extrait gommeux d'opium, parce qu'elle lui inspirait la plus grande répugnance. C'est huit heures après l'avoir suspendue que se sont déclarés les accidents graves qui devaient faire craindre l'existence d'une perforation intestinale. Vers une heure après midi, j'ai fait reprendre l'extrait thébaïque en pilules, et les accidents ont diminué d'intensité. J'ai donné 25 milligrammes toutes les heures, et après en avoir pris 15 centigrammes, les accidents s'étant calmés, j'ai réduit à 12 milligrammes, puis j'ai éloigné. Cette malade a pris près de 40 centigrammes d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures.

Le 16 décembre, j'ai fait le premier pansement, et la suppuration commence à s'établir. La malade va très-bien, et elle demande à manger. Elle continue de prendre 10 centigrammes d'extrait thébaïque par jour. On ne lui donne que du bouillon.

Le seizième jour de l'opération, cette malade a pris 45 grammes d'huile de ricin, qui ont provoqué plusieurs garde-robe sans coliques.

Trois semaines après l'opération, la plaie était presque complétement cicatrisée.

La présence des ascarides lombricoïdes dans la cavité du sac herniaire n'est pas un fait nouveau, mais ce qui rend cette observation intéressante, c'est qu'elle nous a permis de bien apprécier quelle a été la cause de la perforation intestinale. On ne pouvait l'attribuer à une ulcération, ni à un ramollissement, ni à une eschare gangréneuse, car il eût été facile de reconnaître ces différentes lésions à des signes certains. Si la paroi intestinale était injectée, elle avait conservé toute sa force de résistance, ce qui ne permettait pas d'admettre qu'elle avait pu se rompre par la simple pression des entozoaires.

Nous avons vu qu'après l'extraction du second lombric, la forme de la perforation intestinale répondait exactement au volume de l'entozoaire, qu'il était serré par ses bords, ce qui tenait à son augmen-

tation de volume depuis son extrémité céphaliquc jusqu'à sa partic moyenne ; que les bords de l'ouverture étaient déjetés en dehors ; qu'ils n'étaient point taillés à pic, comme dans les ulcérations, ni amincis, comme on l'observe à la suite d'une pression prolongée.

Si la perforation intestinale avait été le résultat d'une ulcération ou d'une autre lésion, ses bords ne seraient pas revenus sur eux-mêmes, comme nous avons pu le constater. Dans ces diverses altérations pathologiques, il y a une véritable destruction de la paroi intestinale, et alors l'ouverture accidentelle ne peut se fermer qu'après un travail long et difficile.

Cbez cette malade, au contraire, les bords se sont rapprocbés très-rapidement, et au moment de la réduction de l'intestin, elle était déjà très-diminuée.

Cette perforation intestinalc a été produite par l'ascaride lombricoïde qui, à l'aide de son extrémité céphalique, a produit un véritable écartement des fibres intestinales. Après sa sortie, elles sont revenues sur elles-mêmes en se contractant.

Cette observation, qui confirme la théorie de Mondière, explique, de la manière la plus satisfaisante, l'absence de toute trace des ouvertures faites à l'intestin, même à une époque rapprochée du passage des entozoaires dans la cavité péritonéale.

Chez cette malade, les faits se sont passés sous nos yeux, et nous avons pu les apprécier.

Dans la crainte d'un épanchement dans la cavité du ventre, j'ai fixé l'intestin, par un point de fil, à l'ouverture de l'anneau crural. Si j'étais appelé à observer un fait semblable, je ferais immédiatement la réduction, et je donnerais tous les jours au malade 15 centigrammes extr. thébaïque pour empêcher les contractions intestinales. Il n'est pas douteux, d'après ce qui s'est passé chez cette femme, que la perforation intestinale eût été promptement oblitérée, de manière à rendre un épanchement impossible.

Cette malade a été prise, soixante heures environ après l'opération, d'accidents tellement graves, qu'il y avait tout lieu de croire à un épanchement péritonéal. Si on n'admet pas cette complication, comment expliquer les accidents qui se sont manifestés si subitement? Sans vouloir affirmer d'une manière positive qu'il y a eu chez cette malade un épanchement abdominal qui, s'il a existé, a dû être très-minime, peut-être des gaz seulement, il y a bien des raisons pour le penser. La rapidité avec laquelle se sont déclarés ces accidents et l'impossibilité de les attribuer à une autre cause sont autant de raisons en faveur de cette opinion.

Ces symptômes graves, qui se sont déclarés huit heures après la cessation de l'ext. thébaïque, ont paru se calmer sous l'influence de cette médication, à laquelle je me suis empressé de revenir.

Pendant l'opération de la hernie, les tuniques intestinales ont été intéressées par le bistouri jusqu'à la muqueuse; peut-être une petite fissure s'est-elle faite sous l'influence des contractions intestinales.

En pratiquant la manœuvre du taxis, nous n'avons observé aucun signe particulier propre à faire reconnaître la présence des ascarides lombricoïdes dans la cavité du sac herniaire.

Avant de tenter la guérison de l'anus contre nature, il faut chercher à apprécier quelle peut être l'étendue de la perte de substance de la paroi intestinale. Cette lésion est d'autant plus importante à bien connaître, que d'elle dépend le choix du traitement. Si l'intestin a été intéressé dans sa totalité ou dans la plus grande partie de sa circonférence, le moyen curatif ne peut pas être le même que quand la lésion comprend une petite partie de la paroi de cet organe.

Dans le premier cas, les deux bouts de l'intestin marchent le plus souvent parallèlement l'un à l'autre dans la cavité du ventre, et leurs parois se réunissent en formant une cloison plus ou moins complètc. Cette cloison, à laquelle Scarpa a donné le nom de *promontoire* et Dupuytren celui d'*éperon*, constitue, entre les ouvertures intestinales, une barrière qui s'oppose au passage des matières stercorales du bout supérieur de l'intcstin, dans le bout inférieur, et les force à sortir en grande partie ou en totalité par la plaie de l'abdomen.

Dans le second cas, au contraire, la lésion intestinale n'intéressant que le quart ou le tiers de l'intestin, le bout supérieur se continue plus ou moins directement avec le bout inférieur; il ne se forme pas d'éperon, ou, s'il existe, il est très-peu appréciable. Les matières stercorales parcourent tout leur trajet normal, et s'il en passe par l'ouverture accidentelle, elles sont en petite quantité.

Si la cloison qui sépare les deux ouvertures intestinales est assez proéminente pour s'opposer au passage des matières stercorales, la première indication est de la détruire par l'application de l'entérotôme. On crée une voie nouvelle qui permet aux matières intestinales de reprendre leur cours habituel. Ce premier résultat étant obtenu, on peut alors tenter l'occlusion de l'orifice accidentel. Si, au contraire, la plaie de l'intestin est limitée, l'éperon nul ou peu saillant, on peut essayer avec des chances de succès de fermer l'ouverture cutanée par la suture.

Avant de faire cette opération, il est prudent d'oblitérer l'anus contro nature par l'application d'un baudage, afin de s'assurer que les

matières fécales suivent librement leur trajet naturel. S'il survenait des coliques, de la tension du ventre, des vomissements, etc., ce serait une faute grave que de chercher à obtenir par la suture la guérison immédiate. On s'exposerait à provoquer des accidents, et l'opération n'aurait pas la plus petite chance de succès. Dans ce cas, il y a certainement un obstacle qui s'oppose au passage des matières stercorales du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. C'est cet obstacle qu'il faut faire disparaître avant de chercher à fermer l'ouverture cutanée.

Chez les deux malades qui font le sujet de cette communication, les matières intestinales s'écoulaient en grande partie par l'anus, et si on fermait l'ouverture anormale, il ne se manifestait aucun trouble dans les fonctions digestives, excepté quelques coliques dont se plaignait la malade qui fait le sujet de la deuxième observation. Ces phénomènes prouvaient, de la manière la plus évidente, que les deux bouts de l'intestin communiquaient facilement et qu'il n'y avait pas de cloison intra-intestinale qui s'opposât au passage des matières. Ces deux malades avaient donc un anus contre nature sans éperon, et le fait a été constaté chez l'un d'eux en introduisant le doigt dans la plaie. Il y avait alors indication à tenter l'oblitération immédiate de l'ouverture accidentelle.

1re Obs. — *Enfant de huit mois. Ligature de l'intestin avec le cordon ombilical. — Anus contre nature. — Guérison par la suture.* — Le 5 janvier 1839, on m'a apporté un enfant de huit mois, du sexe masculin, habitant la commune de Bournau, qui offrait à l'ombilic une ouverture par laquelle s'écoulait un liquide d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, qui offrait tous les caractères de celui que contiennent les intestins d'un enfant de cet âge. Les matières fécales qui s'écoulaient par l'anus étaient à peu près égales en quantité à celles qui sortaient par l'ouverture ombilicale.

La mère de cet enfant m'a rapporté qu'elle avait été assistée par une voisine qui n'était point sage-femme; que son enfant, qui était gros et fort, était venu au monde par la tête, et qu'il n'avait pas cette ouverture à l'ombilic.

Le cordon a été lié très-près du ventre. Après la ligature, l'enfant a beaucoup crié, a été très-agité, a eu des vomissements, n'a plus eu de garde-robes, et le ventre a été très-tendu.

Ces symptômes abdominaux, qui étaient le résultat de l'étranglement de l'intestin, ont persisté pendant quatre ou cinq jours et n'ont cessé qu'après la chute de la ligature, qui a laissé après elle l'ouver-

ture que nous constatons, et par laquelle s'est écoulée une assez grande quantité de liquide verdâtre; après quoi l'enfant s'est trouvé très-soulagé. Il est nourri par sa mère, qui est forte, bien portante et a beaucoup de lait. Il tette avec avidité et ne ramène pas les liquides qu'il prend.

Lorsque j'ai vu ce petit malade pour la première fois, il était dans l'état suivant :

Il était maigre; l'ouverture ombilicale, qui permettait facilement l'introduction d'une sonde de femme, était entourée par un bourrelet muqueux dont les bords étaient très-saillants au-dessus de la peau, arrondis, d'une coloration rougeâtre, recouverts d'un fluide muqueux et que l'on pouvait réduire facilement. L'anneau ombilical était un peu dilaté, et la peau qui l'entourait ne formait pas de rebord saillant. Cette ouverture livrait passage, au dire de la mère, à une quantité de matières à peu près égale à celle qui s'écoulait par l'anus. Si on la fermait avec une pelote, toutes les matières sortaient par l'ouverture naturelle, sans que l'enfant parût en souffrir. La peau qui entourait l'ombilic était rouge.

Après m'être assuré, en fermant l'ouverture ombilicale, que les matières intestinales parcouraient tout l'intestin sans provoquer d'accidents abdominaux et qu'elles s'écoulaient en totalité par l'anus, j'ai cherché à obtenir la guérison de cet enfant. Le premier moyen de traitement que j'ai essayé a été de réduire le bourrelet muqueux, d'en cautériser les bords avec le nitrate d'argent, et d'appliquer une pelote qui a été maintenue avec des bandelettes de diachylum. Les cautérisations étaient profondes et renouvelées tous les quatre ou cinq jours. Ce traitement a été fait très-régulièrement pendant près de deux mois, et sans obtenir la plus petite amélioration. A chaque fois qu'on enlevait la pelote, elle était souillée par des mucosités jaunâtres, et les liquides s'écoulaient par l'ouverture ombilicale aussitôt qu'on cessait la compression. J'ai fait continuer encore pendant quinze jours ce traitement, et au bout de ce temps, je n'avais pas obtenu la plus petite diminution de l'ouverture accidentelle, malgré l'écoulement de toutes les matières stercorales par l'anus. Ce que l'enfant avait gagné, c'est que son état général était meilleur et qu'il avait repris de l'embonpoint.

La cautérisation aidée de la compression ayant complétement échoué, je voulais attendre, espérant qu'avec le temps la nature viendrait en aide à cet enfant. Mais le père inquiet, craignant que cet anus contre nature ne s'établît d'une manière définitive, a voulu qu'on tentât de le fermer. Je me suis alors décidé à faire la suture. Pour

faire cette opération, j'ai pratiqué une incision circulaire intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à l'aide de laquelle j'ai détaché le bourrelet muqueux et le trajet intermédiaire qui le sépare de l'intestin en prenant les plus grandes précautions pour éviter la lésion du péritoine. Ce premier temps de l'opération terminé, j'ai rentré en dedans, et le plus profondément possible, le rebord muqueux, de manière à mettre en contact les deux surfaces saignantes qui ont été maintenues en rapport par l'application de deux épingles et la suture entortillée. La plaie cutanée n'a point été rapprochée; elle a été couverte d'un linge enduit de cérat qui a été maintenu par un petit bandage de corps.

J'ai été assisté, pendant cette opération, par mon collègue, M. Davonneau.

J'ai revu ce petit malade le lendemain : il a dormi, peu crié et a bien tété. Il a la peau brûlante et le pouls fréquent. Le ventre n'est point tendu.

Cet enfant va par le bas sans manifester de la douleur. La suture maintient bien en contact les surfaces de la plaie, et il n'y a pas eu de suintement.

Le quatrième jour de l'opération, l'enfant n'a pas de fièvre. Les matières stercorales s'écoulent en totalité par l'anus.

Le 23 mars, au soir, huitième jour après l'opération, j'ai enlevé les épingles, et la plaie est parfaitement cicatrisée. Cet enfant ne paraît avoir ni coliques, ni embarras du côté du ventre.

Après l'extraction des épingles et la chute des fils, les bords de la plaie cutanée se sont rapprochés, et il s'est formé une cicatrice qui, au bout de quelques mois, n'était pas très-apparente. L'ombilic, au lieu d'être déprimé, était saillant.

L'anus contre nature, suite de la ligature de l'intestin avec le cordon ombilical, est un fait qui n'est pas très-rare : il a été observé trois fois par Sabatier, sept ou huit fois par Dupuytren, et on en trouve quelques exemples dans les recueils périodiques. Lorsque la hernie ombilicale congéniale est peu volumineuse et qu'elle est contenue dans la base élargie du cordon, il peut arriver, si on n'est pas suffisamment prévenu de la possibilité de cette complication, qu'en faisant la ligature du cordon, on comprenne une portion d'intestin. Avant de lier le cordon ombilical, s'il est un peu volumineux à sa naissance, il est donc bien important de s'assurer s'il ne contient pas d'anse intestinale.

Chez cet enfant, l'erreur a été d'autant plus facile à commettre, que l'anneau était peu dilaté et que la tumeur devait être peu volumi-

neuse; ensuite la ligature a été faite par une femme qui était d'une ignorance complète en matière d'accouchements.

J'ai essayé d'obtenir la guérison de l'ouverture anormale en cautérisant fortement ses bords avec le nitrate d'argent et en appliquant un bandage qui s'opposait au passage des matières stercorales. Ce traitement, qui a été fait très-exactement pendant plus de deux mois, et à l'aide duquel des chirurgiens ont obtenu des guérisons, n'a procuré aucune amélioration.

Chez cet enfant, la perte de substance de la paroi intestinale était peut-être trop étendue, et alors l'ouverture cutanée livrait passage à une trop grande quantité de matières pour obtenir la guérison par les cautérisations.

Cet enfant, qui a toujours joui d'une bonne santé, est mort en quatre jours, à l'âge de 19 ans, en présentant tous les symptômes d'un étranglement interne. Je n'ai pu obtenir des parents de faire l'autopsie. Il est très-croyable qu'il y avait, dans le lieu occupé par l'anus contre nature, une bride qui réunissait l'intestin à la paroi abdominale, et que c'est autour de cette bride que se sera formé cet étranglement.

La mort ne pouvait être attribuée au rétrécissement de l'intestin, car des troubles dans les fonctions digestives se seraient manifestés longtemps avant la mort, et les phénomènes d'étranglement ne seraient pas survenus d'une manière aussi subite.

2e Obs. — Femme Patron, âgée de 54 ans, habitant la commune de Maillé, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants, forte et bien portante, se livrant aux travaux des champs : s'est aperçue, il y a cinq ans environ, qu'elle avait une grosseur dans l'aine droite, qu'elle attribue à un effort qu'elle avait fait pour enlever un objet très-lourd. Cette grosseur n'était point douloureuse ; elle sortait seulement quand elle faisait des travaux trop forts, et elle rentrait quand elle était couchée. Elle avait souvent des coliques, et n'avait jamais porté de bandage.

Le 12 août 1844, cette femme a été prise subitement d'une colique tellement vive, qu'on a été obligé de la rapporter des champs. Elle a eu plusieurs vomissements. On lui a appliqué des sangsues sur le ventre.

Mon collègue M. Davonneau, appelé le lendemain 13 auprès de cette malade, a constaté la présence d'une tumeur dans l'aine droite, dont il a reconnu la nature et qu'il a cherché, à plusieurs reprises, à faire rentrer par le taxis.

La malade a été mise dans un bain, et on lui a fait prendre deux lavements purgatifs.

J'ai vu cette femme pour la première fois le lendemain, 14. La peau est brûlante, le pouls petit et accéléré; il y a une très-grande altération; la langue est rouge à sa pointe et recouverte d'un enduit jaunâtre. Cette malade vomit tous les liquides qu'elle prend, mêlés à des matières verdâtres qui ont une très-mauvaise odeur et qui ont tous les caractères de matières stercorales. Il y a souvent du hoquet. Le ventre est tendu, météorisé et douloureux à la pression. Il existe dans l'aine droite, au-dessous du ligament de Fallope, à l'orifice de l'anneau crural, une tumeur dure à parois lisses du volume d'un œuf, de forme ovale, ayant son grand diamètre dirigé dans le sens de l'aine, presque immobile, rendant un son mat à la percussion, très-douloureuse à la plus légère pression, et sans changement de couleur à la peau. Tous ces symptômes ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une hernie crurale droite.

Le taxis ayant été essayé plusieurs fois, je n'ai point cherché à faire une nouvelle tentative, que la malade ne veut pas permettre, tant la tumeur est douloureuse. Nous étions au deuxième jour de l'étranglement d'une hernie crurale, ce qui ne permettait guère de compter sur la réduction.

J'ai fait l'opération, qui n'a rien présenté à noter. Lorsque le sac herniaire a été ouvert, il s'est écoulé un liquide grisâtre, répandant une odeur fétide. La hernie était formée presque en totalité par l'épiploon, et c'est en cherchant bien attentivement que j'ai trouvé en arrière une petite tumeur d'un noir foncé, du volume de l'extrémité du petit doigt. Elle paraît formée par l'intestin grêle et n'intéresse qu'une portion de la circonférence de cet organe. Elle présente en avant et sur sa convexité une ouverture irrégulière par laquelle s'échappent des matières fécales liquides.

J'ai enlevé la plus grande partie de l'épiploon, qui était gangrené. J'ai fixé par deux points de suture l'ouverture intestinale aux bords de la plaie. Quelques heures après l'opération, la malade s'est trouvée bien soulagée. Les vomissements ont cessé et les coliques sont bien diminuées. Au bout de quelques jours, la suppuration s'est établie; les parties gangrenées se sont détachées; les bourgeons charnus se sont développés; la plaie a pris un bon aspect et s'est rétrécie. Trois semaines après l'opération, la plaie était réduite à l'ouverture intestinale.

Quelques jours après l'opération, j'ai commencé à faire donner des lavements qui provoquaient des selles liquides et sans coliques. Il

passe par l'ouverture cutanée des matières liquides, jaunâtres, mais peu abondantes. Le seizième jour, cette malade a été à la selle sans lavement, et depuis cette époque elle a continué.

Deux mois après l'opération, cette femme se promène et commence à faire quelques travaux; elle a rarement des coliques, et les fonctions intestinales se font bien. L'ouverture de l'aine n'a pas diminué, et elle permet facilement l'introduction de l'extrémité du petit doigt, ce qui nous a permis de reconnaître que les deux bouts de l'intestin se continuent et qu'il n'y a pas d'éperon au fond de la plaie, ou, s'il existe, il n'est pas appréciable au toucher. Tous les jours, il s'écoule des liquides jaunâtres par l'ouverture accidentelle.

J'ai cherché à obtenir la guérison de cet anus contre nature par les cautérisations et l'application d'un bandage pour s'opposer au passage des liquides par la plaie. Ce traitement a été fait pendant plus d'un mois avec le plus grand soin, et cependant l'ouverture n'a pas diminué d'étendue, et elle laisse toujours passer des liquides jaunâtres ou verdâtres mêlés de gaz, qui sont trop abondants pour admettre qu'ils sont formés par des mucosités seules.

Cinq mois après l'opération de la hernie, l'anus contre nature est entouré d'un bourrelet muqueux, saillant, qui diminue de volume en le comprimant, et qui est un peu allongé dans le sens de l'aine.

Du moment où les matières passaient librement du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin, il y avait toute chance de succès à faire la suture pour obtenir la guérison de cette malade, en suivant le même procédé opératoire que pour l'enfant de la première observation.

Deux jours avant l'opération, j'ai fait prendre 15 grammes d'huile de ricin pour débarrasser l'intestin, et la veille, j'ai mis cette femme à la diète.

J'ai incisé la peau circulairement à sa jonction avec le bourrelet muqueux et le tissu cellulaire sous-cutané; puis j'ai détaché le canal muqueux dans toute sa circonférence jusqu'aux aponévroses. Ce premier temps de l'opération terminé, j'ai retourné le bourrelet muqueux en dedans du conduit, et j'ai mis les surfaces saignantes en contact avec elles-mêmes. Elles ont été maintenues par des épingles et la suture entortillée. Après cette opération, la malade a gardé le lit, a été mise à la diète, et la cuisse a été maintenue demie-fléchie. Elle n'a pas eu de fièvre, mais elle s'est plaint de coliques, de brouillements de ventre, et elle a eu de la diarrhée. Tous les jours, on lui a fait prendre un lavement.

J'ai enlevé les épingles le huitième jour, et les fils sont tombés

quelques jours après. L'anus contre-nature est parfaitement fermé.

J'ai examiné cette femme un an après l'opération : elle est très-bien portante, n'a pas de coliques, et la cicatrice de l'aine est très-peu apparente. Elle porte un bandage, dans la crainte que la hernie ne se reproduise.

J'ai suivi le même procédé opératoire que pour l'enfant de la première observation, et j'ai obtenu un résultat aussi complet et aussi rapide. Cette malade était dans les meilleures conditions pour obtenir la guérison de son anus contre nature. En introduisant le doigt dans la plaie, je m'étais assuré que les deux bouts de l'intestin se continuaient directement, que la plaie n'intéressait qu'une petite portion de sa circonférence, et que s'il y avait un éperon, il devait être très-peu saillant, car on ne pouvait le reconnaître au toucher. Cette disposition anatomique des parties explique le passage facile des matières du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Lorsque, dans l'anus contre nature, les matières stercorales ont repris leur cours régulier, il faut donc chercher à fermer l'ouverture cutanée pour obtenir la guérison complète. Le moyen le plus rationnel et qui a dû le premier se présenter à l'esprit a été la suture. Lecat a eu, le premier, la pensée de pratiquer cette opération, mais il abandonna son projet, n'ayant pu réduire le renversement de l'intestin. Briens a fait le premier la suture. Après avoir rafraîchi les bords de l'ouverture, il a réuni par un fil passé en croix au moyen d'une aiguille.

L'ouverture se ferma, mais elle se rouvrit quelques jours après, et le malade ne voulut pas se soumettre à une nouvelle tentative. Au dire de Richerand, Judey aurait pratiqué avec succès la suture pour un anus anormal inguinal.

M. Velpeau a fait plusieurs essais pour arriver à fermer l'ouverture extérieure. Il a tenté l'avivement des bords de la plaie et leur réunion immédiate; puis il a appliqué un lambeau sur les bords de la fistule; enfin le bouchon, qu'il a employé avec succès pour les fistules laryngiennes. Toutes ces tentatives, qui ont été suivies d'insuccès ainsi que d'autres du même genre, témoignent, de la manière la plus évidente, combien il est difficile d'obtenir l'occlusion de cette ouverture.

Les deux observations qui font le sujet de cette communication, malgré leur date ancienne, me paraissent donc offrir de l'intérêt. Si la première tentative opératoire a été couronnée d'un plein succès, il faut l'attribuer au procédé qui a été suivi.

J'ai vu à l'hôpital Beaujon, en 1834, un malade qui, à la suite d'une hernie inguinale, avait un anus contre nature par lequel pas-

saient toutes les matières stercorales. Blandin a appliqué son entérotome, et les fonctions intestinales se sont rétablies. Mais il était resté une fistule stercorale par laquelle passaient des liquides jaunâtres. Blandin a fait plusieurs fois la suture après l'avivement des bords de la plaie, puis l'autoplastie. Ce n'est qu'après des tentatives plusieurs fois répétées qu'il est arrivé à obtenir la guérison complète de cette fistule.

La cause de l'insuccès de ces diverses opérations tenait à ce que le conduit qui fait communiquer l'ouverture intestinale avec la plaie extérieure reste libre, et alors les liquides intestinaux, dont tous les chirurgiens connaissent l'influence délétère sur les plaies, y pénètrent et se trouvent en contact direct avec la suture.

Le procédé que j'ai suivi a été mentionné et mis en pratique par Liotard. Cette tentative n'a point été couronnée de succès. Cette non-réussite tenait peut-être à ce que l'opération n'a pas été entourée de toutes les précautions voulues, ou que le malade n'était pas dans les conditions que j'ai indiquées pour tenter la guérison immédiate par la suture.

Cette opération consiste à inciser la peau et le tissu cellulaire autour du conduit jusqu'aux aponévroses. Si on est obligé d'aller au delà, il faut faire bien attention à ne pas atteindre le péritoine. Lorsque le conduit est détaché, on renverse les bords en dedans, de manière à bien mettre en rapport les surfaces saignantes qui sont maintenues en contact par la suture entortillée.

Ce procédé, lorsqu'il peut être mis en usage, me paraît bien préférable à tous les autres. Le bourrelet muqueux qui est rentré dans l'intérieur du conduit forme un véritable bouchon qui l'oblitère complétement et empêche les matières stercorales de venir se mettre en contact avec la plaie de la suture, cause fréquente d'insuccès.

Nous le voyons, le procédé opératoire proposé par Malgaigne est le même que celui qui a été décrit par Liotard en 1819, et que j'ai mis en pratique pour la première fois en 1839, avec un plein succès.

Cette opération offre le très-grand avantage de détruire le conduit qui existe entre l'intestin et l'ouverture extérieure. Ce trajet accidentel, dans lequel pénètrent les liquides intestinaux, est le véritable obstacle à la guérison complète de l'anus contre nature.

Malgaigne, ayant remarqué que la muqueuse était l'obstacle qui s'opposait à la guérison complète de l'anus contre nature, a conseillé de détacher le conduit anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin, puis de renverser en dedans les lèvres de l'ouverture sans les aviver, afin de mettre en contact les surfaces saignantes qui sont

maintenues par la suture. Ce procédé opératoire a été exécuté avec un plein succès par les professeurs Nélaton et Denonvilliers, par M. Fleurot (de Dijon), et M. Parise (de Lille).

Il y a encore une circonstance propre à cette opération qui vient favoriser la réunion immédiate de la plaie, c'est que la suture ne porte pas sur le tissu cutané. Tous les chirurgiens savent que la peau qui entoure un anus contre nature est ordinairement rouge, épaissie, par conséquent plus friable et moins propre à la réunion immédiate, ce qui est encore une cause d'insuccès.

Si on voulait tenter de réunir la plaie cutanée en même temps que l'ouverture du conduit muqueux, on pourrait les comprendre toutes les deux dans la même suture.

KYSTE MULTILOCULAIRE A MARCHE RAPIDE

OVARIOTOMIE LE 28 NOVEMBRE. — MORT IMMINENTE PAR TYMPANITE. — CRÉATION D'UN ANUS CONTRE NATURE. — GUÉRISON. — AUTOPLASTIE CONSÉCUTIVE.

PAR

M. DUMESNIL, chirurgien de l'hopital de Rouen

La malade qui fait le sujet de cette observation, domestique, âgée de 32 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen au mois d'août 1866 pour un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Elle a eu un enfant il y a 8 ans, mais pas de grossesse ultérieure. Elle est habituellement bien réglée et bien portante; cependant, il lui était resté à la suite de sa couche un prolapsus de l'utérus qu'elle contenait avec un pessaire.

Elle affirme ne s'être aperçue qu'au mois d'avril 1866 que son ventre augmentait de volume. A partir de ce moment, sa santé dépérit; elle souffrait et ne pouvait que difficilement faire son travail; elle maigrit rapidement.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'abdomen, développé dans sa partie inférieure, mesurait 95 centimètres de circonférence; toute la région sous-ombilicale et la région ombilicale, jusqu'à l'épigastre, étaient occupées par une tumeur qui représentait au moins le volume d'une tête d'adulte, très-mobile dans tous les sens, non douloureuse à la pression et donnant des sensations diverses dans ses différentes parties.

La moitié inférieure était résistante et présentait à la palpation des inégalités sous forme de plaques dures, séparées par des dépressions; à ce niveau, on ne trouvait aucun indice de liquide. A partir de l'ombilic jusqu'à la limite de la région épigastrique, la tumeur offrait une portion ellipsoïde à grand axe transversal, lisse et manifestement fluctuante.

Cette portion était séparée de la partie inférieure par une dépression transversale peu profonde. Sur les parties latérales, la tumeur présentait une fluctuation obscure.

Son ensemble pointait fortement en avant ; les flancs n'étaient nullement évasés, ils étaient sonores, tandis que la partie antérieure de l'abdomen était mate. On constatait la sonoréité stomacale sur la limite supérieure de la tumeur.

A l'exploration vaginale et rectale, on ne rencontrait aucune portion de la tumeur. L'utérus était très-mobile, la pression et les divers mouvements imprimés à la masse morbide ne communiquaient au col que des mouvements très-obscurs.

Le diagnostic était facile : il s'agissait évidemment d'un kyste multiloculaire de l'ovaire avec loge assez spacieuse à sa partie supérieure.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, du 10 août au 20 septembre, l'aspect de l'abdomen ne se modifia nullement.

L'état général était assez mauvais, l'appétit faisait défaut, le pouls était faible, conservait toujours une certaine fréquence qui s'élevait vers le soir à 84, 85; la maigreur semblait augmenter.

Le cas me paraissait indiquer bien nettement l'ovariotomie, mais je désirais voir l'état général s'améliorer, et j'engageai la malade à retourner quelque temps à la campagne.

Je la revis vers la fin d'octobre; la situation était à peu près la même. Je ne constatai pas encore à cette époque d'épanchement ascitique; la malade se plaignait seulement de douleurs vers l'aine droite et la cuisse du même côté. La tumeur conservait le même volume et la même mobilité.

Le 12 novembre, je trouvai de la douleur à la pression, immédiatement au-dessus de l'ombilic, et je crus un moment percevoir un léger frottement. Il y avait évidemment une couche de liquide entre la paroi abdominale et la moitié gauche de la tumeur; à droite, celle-ci restait exactement appliquée contre les parois; le décubitus, sur le côté droit, n'amenait pas le liquide de ce côté, ce qui me faisait craindre des adhérences.

Je proposai l'opération à la malade, en lui exposant les chances favorables et défavorables, et lui faisant entrevoir la terminaison nécessairement funeste de sa maladie si on ne la pratiquait pas. Cette femme, d'un caractère froid, ne parut pas éprouver d'émotion bien vive, et, trois jours plus tard, elle me fit dire qu'elle était disposée à se faire opérer. Alors déjà l'épanchement ascitique avait notablement augmenté, la couche de liquide n'était plus limitée à gauche, elle enveloppait complétement la tumeur, ce qui me donnait la certitude qu'il n'y avait pas d'adhérences à la paroi abdominale, ou que celles-ci étaient peu étendues.

Le pouls était toujours faible, avec une certaine fréquence; les règles avaient paru le 8 novembre et avaient duré quatre à cinq jours en quantité modérée.

J'installai la malade à la campagne, dans un lieu parfaitement aéré et élevé, le 24 novembre, et l'opération fut pratiquée le 28 en présence et avec l'aide des docteurs Flaubert, Daubent, Bouteiller Dérocque, Delabost et de M. Deshayes, interne des hôpitaux. La chloroformisation fut maintenue complète jusqu'à l'application des sutures; un moment, il y eut un serrement des mâchoires, de la contraction des muscles abdominaux, un peu d'écume à la bouche; l'écartement des dents avec une cuiller, la titillation de la gorge rétablirent la respiration rapidement, et l'opération fut continuée sans entraves.

J'incisai la ligne blanche dans une étendue de 8 à 10 centimètres, mais cette incision dut être ensuite agrandie de 5 centimètres par les difficultés de l'extraction du kyste; malgré cela, elle ne dépassa pas l'ombilic. Il s'écoula trois ou quatre litres de sérosité parfaitement claire. La ponction faite à trois endroits différents de la tumeur, avec le trocar de M. Kœberlé, ne donna pas une goutte de liquide.

Je déchirai alors le kyste avec les doigts, et j'évacuai, l'une après l'autre, une très-grande quantité de loges de capacité très-variable. Sur la partie antérieure et inférieure, la masse solide prédominait, les parois épaisses des poches étaient très-friables et se déchiraient facilement sans la traction des pinces.

A la partie supérieure, j'ouvris la poche principale avec la pointe des ciseaux, après avoir encore tenté inutilement de la vider avec le trocar, et j'enlevai le contenu avec les doigts; je vidai de même plusieurs loges latérales. Partout le liquide était très-épais, visqueux. Malgré tout, il fut impossible de débarrasser toutes les poches, et je dus me résigner à extraire une masse ayant encore presque le volume d'une tête d'adulte. C'est à ce moment qu'il fallut agrandir l'incision.

La main passée entre la paroi abdominale et la tumeur à la région ombilicale sépara des adhérences molles, dont la rupture donna lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang. Les parties latérales étaient complétement libres. Le kyste dégagé, on trouva, à sa partie postérieure, des adhérences avec l'épiploon dans une largeur de deux centimètres; elles furent coupées entre deux ligatures.

La tumeur appartenait au côté droit, le pédicule avait la grosseur du pouce et une longueur de 5 centimètres. Il fut étreint avec un fil de fer double au moyen du serre-nœud de M. Kœberlé, de manière à laisser un moignon de 3 centimètres. Cette partie libre fut traversée

avec une tige d'acier repassant transversalement sur la partie inférieure de la plaie abdominale.

Quelques circonvolutions de l'intestin grêle étaient rouges, tomenteuses, évidemment le siége d'un commencement de péritonite. Du sang suintait au devant de l'épiploon; une application de perchlorure de fer à 40° n'arrêtant pas ce suintement, j'appliquai une pointe de feu sur un point d'où l'on voyait le sang s'échapper; mais une certaine quantité venait d'ailleurs, sans qu'on pût voir son origine; il fallut attendre assez longtemps que l'écoulement cessât spontanément.

Une très-faible quantité du contenu des kystes était passée dans le péritoine; la cavité pelvienne fut épongée avec soin.

La plaie fut réunie par trois points de suture enchevillée avec des fils d'argent sans y comprendre le péritoine, et cinq points de suture entortillée superficielle. Je plaçai dans l'angle supérieur le fil de la ligature de l'épiploon, et dans l'angle inférieur, au-dessus du pédicule, un tube de verre de 10 centimètres.

L'opération avait duré une heure et demie. Elle fut suivie d'un refroidissement des extrémités et du visage durant trois à quatre heures, au bout desquelles la chaleur se rétablit.

Le cathétérisme de la vessie fut pratiqué six heures après l'opération, et, à ce même moment, je touchai le moignon du pédicule avec du perchlorure de fer à 40°. — Bouillon, eau rougie, liqueur ammoniacale anisée.

29 novembre. Pouls à 112, peu développé, ventre souple, indolent; pendant la nuit, douleurs assez vives dans la cuisse et le flanc droits Pas de vomissements. Le cathétérisme est répété toutes les six heures. Vers midi, suintement sanguinolent autour de la ligature de l'épiploon; j'enlève l'épingle supérieure de la suture entortillée et j'évacue un quart de verre de sang liquide. Un peu de sensiblité à la pression à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite; le ventre se développe un peu dans la région sous-ombilicale. Même prescription.

30. Pouls à 116-120°, peu développé. Les parois abdominales se soulèvent et les anses intestinales commencent à se dessiner. La pression fait sortir de l'angle supérieur de la plaie une cuillerée environ d'un liquide brunâtre, d'odeur acide, mélangé de bulles de gaz. Pression un peu douloureuse à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite. Le tube de verre est trouvé rempli de liquide ascitique à chaque pansement. Pas d'émission de gaz par l'anus, pas de vomissements. Une tentative pour introduire une sonde œsophagienne dans le rectum reste sans succès. L'urine, évacuée régulièrement par le cathétérisme toutes les six heures, est en quantité normale.

J'enlève la suture superficielle. Lavement au miel de mercuriale, qui amène l'issue d'une certaine quantité de gaz. Bouillon, eau rougie, glace, liqueur ammoniacale anisée.

La plaie et le pédicule sont nettoyés à chaque pansement avec une solution de sulfate de soude à un dixième; le tube de verre est retiré, lavé et replacé chaque fois; le pédicule est touché tous les jours avec le perchlorure de fer. Les pansement sont répétés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

1er décembre. Pouls à 116-124. Peu de sommeil. Issue d'une assez grande quantité de liquide brunâtre, d'odeur acide, par l'angle supérieur de la plaie; douleur légère à la pression, à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque; urines assez abondantes, ventre météorisé, mais souple; borborygmes, issue spontanée d'une certaine quantité de gaz. Nouvelle introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum sans résultat. Même traitement.

2 décembre. Pouls à 100-104. Issue par les deux angles de la plaie de liquide brunâtre et fétide; persistance du météorisme sans aggravation; émission d'une assez grande quantité de gaz. Urines normales. J'enlève la suture profonde; la réunion est solide, j'applique par précaution la suture sèche. Bouillon, eau rougie, lavement au miel de mercuriale et au sulfate de soude.

3 décembre. La nuit a été bonne; il y a eu plusieurs heures de sommeil; pouls à 100 le matin, à 112 le soir avec un peu d'animation du visage. Pression un peu douloureuse à la partie la plus reculée du flanc droit, jusque sous les fausses côtes, mais sans tension ni gonflement. Tout le reste de l'abdomen est parfaitement indolent, mais développé par des gaz que la malade rend assez librement. Même traitement, pansements aussi fréquents.

4 décembre. Pouls à 100 le matin, 116 le soir. Légère excoriation au siége; météorisme assez considérable, ventre indolent. Urines assez copieuses, miction spontanée.

La pression au niveau de la cicatrice fait sortir une petite quantité de liquide brunâtre mélangé de bulles d'air; je parviens à introduire une sonde dans ce foyer par l'angle inférieur de la plaie et à y faire une injection qui est renouvelée à chaque pansement.

5 décembre. Pouls à 100 le matin, 108 le soir. Peu de sommeil; ventre souple et indolent, urines copieuses rendues spontanément; selles abondantes la nuit précédente; la plaie ne fournit que peu de liquide. Potage, œuf, biscuit.

Le pédicule se détache dans la journée. Le ventre se météorise davantage vers le soir, mais en restant indolent.

6 décembre. Pouls à 124 le matin, peau chaude, visage animé; la nuit a été agitée par des coliques venteuses; l'émission de gaz devient rare. Les urines continuent à être rendues spontanément et en quantité assez considérable. Le liquide fourni par la plaie est peu abondant, mais encore brunâtre et odorant. Lavement laxatif; poulet.

Le soir, le météorisme augmente considérablement, toujours sans douleur à la pression; la respiration est gênée, le pouls monte à 128-132. Deux ponctions intestinales avec un trocar d'un millimètre donnent issue à des gaz sulfurés et dégagent la région sous-ombilicale, mais la tympanite se reproduit rapidement et amène un instant des menaces de suffocation.

La liqueur ammoniacale anisée calme ces accidents. Un lavement au miel de mercuriale et au sulfate de soude, administré avec la sonde œsaphagienne, provoque une garde-robe. Je prescris, en outre, 50 centigrammes de sous-nitrate de bismuth toutes les deux heures.

7 décembre. La nuit a été assez bonne. Le matin, le pouls est à 120, la respiration calme; ventre encore fortement météorisé, indolent. Les douleurs du côté du flanc droit ont disparu. Urines copieuses.

Il reste encore quelques débris du pédicule, donnant au liquide de la plaie un peu d'odeur et une teinte chocolat.

A onze heures du matin, le météorisme est considérable; il n'y a pas d'émission de gaz, le pouls est à 132. Une ponction intestinale dans le flanc gauche évacue une certaine quantité de gaz sulfurés. Extrait de fiel de bœuf en pilule.

8 décembre. Pouls variant de 124 à 132; moments de suffocation, respiration généralement anxieuse; météorisme considérable; pas d'émission de gaz, les lavements restent sans effet; l'introduction d'une sonde œsophagienne par le rectum se fait dans toute sa longueur et donne issue à quelques gaz, mais sans soulagement. Une ponction faite sur une anse intestinale dans l'angle inférieur de la plaie, avec un trocar de 2 millimètres, ne donne pas un meilleur résultat. Dans la nuit, sueurs froides, faiblesse extrême faisant craindre une mort imminente. Je fais quelques tentatives pour découvrir une anse intestinale; je tombe, au milieu d'adhérences fibrineuses, dans une cavité d'où sort une certaine quantité de liquide ascitique; le défaut d'aide m'arrête. La plaie est en très-bon état.

9 décembre. Même situation. 30 grammes d'huile de ricin en émulsion n'amènent aucune évacuation. Ballonnement considérable du ventre, oppression très-intense. Les urines sont toujours rendues en assez grande quantité et spontanément.

La journée est très-mauvaise, le pouls est très-faible, il y a des menaces de suffocation continuelles.

Le soir, je déchire une partie des adhérences : le doigt, introduit par cette ouverture, sent une anse intestinale derrière la cicatrice; celle-ci est incisée dans sa partie inférieure, et je ponctionne l'intestin avec la pointe du bistouri ; les deux lèvres de cette ponction sont fixées aux bords de la plaie abdominale par deux points de suture. Quoique les bords de la plaie de l'abdomen fussent à peu près en contact, il n'était guère permis d'espérer que les liquides intestinaux, sortant avec impétuosité et en très-grande abondance, ne tomberaient pas en partie dans la cavité pelvienne; aussi, après l'évacuation des intestins, je plongeai rapidement des bondonnets de charpie au-dessous de la masse intestinale : ils ne me parurent pas ramener de traces sensibles de ces liquides. Les anses intestinales mises à nu étaient injectées, mais sans autre altération; elles étaient parfaitement libres, sans adhérences entre elles ni à la paroi abdominale. Un bout de sonde œsophagienne est placé dans l'intestin.

A dix heures du soir, amélioration très-notable, ventre indolent, considérablement diminué de volume, pas de vomissements, moral relevé. La malade a rendu des gaz en assez grande quantité par l'anus. Bouillons, potages, malaga.

10 décembre. La nuit a été très-bonne, il y a eu du sommeil, la malade se trouve très-heureuse ; évacuations très-abondantes de gaz par la sonde, et entre elle et l'intestin ; émission de gaz par l'anus, ventre indolent à la pression. Pouls à 108, urines assez abondantes. Beefsteak, potages, bouillons, malaga, une pilule de morphine.

11 décembre. Nuit excellente ; pouls à 100, ventre souple, indolent. Le liquide qui s'écoule de l'ouverture intestinale est en grande partie très-clair, mélangé cependant de matières chymeuses en bouillie brunâtre ; on y reconnaît la graisse du bouillon ; de la pulpe de pommes, quelques fragments de pommes de terre reviennent sans avoir subi d'altération; le bouillon sort par la sonde une heure après son ingestion. Un essai d'injection de bouillon dans le bout inférieur de l'intestin est suivi immédiatement du rejet du liquide. Il en est de même d'un demi-lavement avec du bouillon et un œuf.

12. Pouls à 84 ; le ventre continue à s'affaisser graduellement. J'enlève définitivement le tube de verre qui avait été maintenu jusque-là dans l'angle inférieur de la plaie ; un bondonnet de charpie, introduit dans le trajet, est ramené presque sec.

Le foyer situé dans la matrice ne fournit qu'une suppuration peu abondante et de bonne nature. Côtelette, potages.

16 décembre. Selle liquide assez abondante, pour la première fois depuis la création de l'anus artificiel ; un tube de caoutchouc, que j'avais substitué à la sonde œsophagienne, conduit les matières dans un vase placé entre les cuisses de la malade ; l'écoulement par ce tube est peu abondant. La plaie se rétrécit rapidement.

24 décembre. Les selles continuent à se produire journellement, et, depuis cinq à six jours, avec une consistance et un aspect naturels. Le tube a été enlevé le 18. La plaie des parois abdominales est presque complétement cicatrisée au-dessous de l'ouverture intestinale. La malade est transportée à Rouen sans inconvénient.

La ligature de l'épiploon ne tombe que le 2 janvier.

L'écoulement des matières intestinales diminua graduellement pendant les trois premiers mois, de manière à se réduire à une petite quantité de liquide jaune verdâtre qui sortait surtout peu de temps après les repas.

Les règles reparurent au moins d'avril, et revinrent normalement les mois suivants. La malade avait repris son embonpoint et présentait un aspect de santé contrastant fortement avec l'apparence cachectique qu'elle avait avant l'opération.

Au mois de juillet 1867, la fistule stercorale persistait sans aucune tendance à la guérison spontanée ; depuis trois mois, il ne s'était produit aucune diminution dans l'écoulement des matières intestinales ; je me décidai alors à tenter de la fermer par une opération autoplastique.

La perforation intestinale, très-petite, difficile à voir, se trouve au fond d'un entonnoir elliptique de 3 centimètres de hauteur, se continuant en haut et en bas avec la cicatrice de l'opération, profond de 12 à 15 millimètres à son centre. Les bords de cet entonnoir sont formés par une zône de tissus indurés d'un largeur de 2 centimètres, coupée de chaque côté par trois sillons profonds, au fond desquels la peau paraît saine.

Après administration de 30 grammes d'huile de ricin la veille, je pratique, le 27 juillet, l'autoplastie d'après M. Velpeau. La malade chloroformisée, j'enlevai sur les parties latérales toute l'épaisseur du tissu inodulaire. L'avivement fut long, surtout à cause d'un écoulement assez abondant de sang artériel dont j'attendis la suspension spontanée. Une ligature fut cependant nécessaire, mais tout à fait à l'angle inférieur. J'obtins une plaie ovalaire de 5 centimètres de largeur et de 7 centimètres de longueur ; au fond de cette plaie, on voyait à peine le pertuis intestinal, dont les bords étaient indurés. Au-dessus et au-dessous de ce pertuis, la plaie avait nécessairement

pour fond le tissu de la cicatrice. Je plaçai trois points de suture métallique enchevillée, dont les fils affleuraient le fond de la plaie; je mobilisai les bords de celle-ci par deux incisions latérales profondes, et l'affrontement fut facile; cependant les lèvres de la plaie avaient de la tendance à se renverser en dedans, et je plaçai quatre points de suture séparés au devant de la suture profonde.

Cette opération avait duré deux heures. J'appliquai une simple compresse imbibée d'eau froide, qui fut constamment entretenue fraîche jour et nuit les deux premiers jours. Une pilule de 25 centigrammes d'extrait thébaïque fut donnée toutes les quatre heures. Peu de boissons; une petite quantité de bouillon.

Dès le lendemain, je crus remarquer, vis-à-vis l'ouverture intestinale, le suintement d'un peu de liquide. Le 29, ce suintement augmente; le 30, il continue sous forme d'un liquide mousseux, jaune-verdâtre.

L'état général était très-bon, les plaies latérales présentaient un aspect satisfaisant; on continua l'administration de l'opium et on donna des lavements huileux. J'enlevai la suture superficielle le 29, et la remplaçai par de petites bandelettes de charpie fixées au moyen de collodion. L'urine fut évacuée au moyen du cathéthérisme pendant les deux premiers jours, pour éviter les efforts.

31 juillet. L'écoulement est plus abondant, la réunion paraît se maintenir à la partie moyenne; on supprime l'opium, on donne un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale. Bouillon.

2 août. J'enlève les points supérieurs et inférieurs de suture profonde, au niveau desquels la réunion ne s'était pas faite. Le point moyen est enlevé le 4; là, dans le tiers moyen de la plaie, la réunion s'est faite, mais non dans toute la profondeur, car les matières intestinales filtrent en petite quantité sous cette espèce de pont. Je soutiens cette partie réunie par une compresse épaisse au moyen d'une bandelette dont les extrémités sont fixées à l'abdomen par du collodion. Je donne à la malade quelques aliments solides, et je régularise les selles par des lavements laxatifs administrés tous les deux jours.

5 août. L'écoulement n'a lieu qu'après les repas et en très-faible quantité. La ligature de l'angle inférieur est tombée. La cicatrisation des plaies latérales se fait très-rapidement.

31 août. La compression a été maintenue sur la cicatrice de la manière indiquée. Les plaies latérales sont complétement cicatrisées depuis le 22 août. Sur la ligne médiane, la cicatrisation est aussi presque complète; il n'y a plus, au-dessus et au-dessous de la partie où la réunion immédiate s'est effectuée, qu'un petit pertuis insignifiant,

et c'est à peine si le tampon qui sert à la compression est teint par les matières intestinales.

La malade retourne à la campagne dans les premiers jours de septembre, munie d'une pelote convexe à ressort pour soutenir la cicatrice.

Je la revois le 21 septembre. Les deux petits pertuis persistent, mais à peine visibles; l'écoulement n'est plus marqué sur le linge qui garnit la pelote que par deux petites taches insignifiantes. La malade marche et se livre à ses occupations de domestique sans gêne ni douleur. Je m'assure par le toucher vaginal que le prolapsus utérin, qui existait avant l'opération et qui avait précédé le développement du kyste, n'existe plus; le col de l'utérus a sa situation normale.

Réflexions. — Cette ovariotomie est remarquable par deux complications dont chacune était de nature à amener la mort. La première de ces complications est la formation, derrière la plaie abdominale, d'un foyer sanguin qui a nécessité l'ablation d'un point de suture et créé un foyer de décomposition capable de déterminer les accidents les plus graves, si les barrières qui le limitaient eussent été détruites. Le sang de ce foyer provenait évidemment de la rupture des adhérences que nous avions rencontrées entre la partie supérieure du kyste et la paroi abdominale, au-dessus de l'ombilic. Bien que l'hémostase nous eût paru complète au moment de la réunion, le suintement s'était reproduit dans des proportions assez considérables, puisque nous avons évacué le lendemain un quart de verre de sang.

S'il est de principe absolu d'attendre, avant de clore la plaie, que tout écoulement sanguin ait cessé, il peut se rencontrer des cas difficiles où le chirurgien ne peut appliquer les moyens hémostatiques avec autant de précision et de sécurité qu'il le voudrait; c'est ce qui a lieu lorsque le sang vient de parties situées au-dessus de l'angle supérieur de la plaie, qu'il serait impossible de mettre à découvert autrement qu'en prolongeant l'incision. Si l'écoulement est peu abondant et fourni par des vaisseaux très-ténus comme ceux d'adhérences récentes à la paroi abdominale, on peut porter la pulpe du doigt mouillée de perchlorure de fer sur le point d'où l'on suppose que le sang provient. C'est ce que j'aurais fait chez mon opérée, si

je n'avais pas eu lieu de croire l'hémostase complète. L'incision ne devrait être prolongée que si l'écoulement de sang était assez considérable pour donner à penser que des vaisseaux assez importants ont été ouverts.

Une seconde complication, beaucoup plus redoutable encore que la précédente et qui m'a fait désespérer un moment du succès, a été le météorisme, un des accidents que les ovariotomistes redoutent le plus et avec raison. Cette complication a été attribuée à différentes causes, et il est probable, en effet, que son mécanisme n'est pas toujours le même. Dans un bon nombre de cas, il me paraît causé par l'atonie des intestins qui, privés tout à coup d'une compression à laquelle ils sont habitués, n'étant nullement soutenus par des parois abdominales flasques, ne peuvent se débarrasser que très-incomplétement de leur contenu. Quand la distension de l'intestin grêle est arrivée à un certain degré, ses circonvolutions, tendues et développées dans tous les sens, exercent sur les parties latérales du colon une compression qui arrête complétement le cours des gaz et des liquides. C'est évidemment ainsi que les choses se sont passées chez ma malade. Nous voyons d'abord les gaz et quelques matières intestinales rendus dans les premiers jours; puis un arrêt complet se produit, et, circonstance remarquable, qui m'a surtout frappé, la circulation des gaz se rétablit largement quelques heures après que l'intestin grêle a été vidé par la création d'un anus contre nature. Cette succession des phénomènes me paraît démontrer incontestablement le rôle de la compression du colon par l'intestin grêle.

Au point de vue du traitement, ce fait prouve qu'il ne faut avoir qu'une confiance très-limitée dans les moyens proposés comme les plus efficaces dans les cas où le météorisme devient menaçant, tels que l'introduction de sondes dans le rectum et les ponctions intestinales. Celles-ci ont été pratiquées à quatre reprises et même avec un trocar d'un certain calibre (2 millim.), et elles ont été aussi inutiles qu'innocentes.

Mais alors même, dans les cas les plus désespérés, le chirurgien ne doit pas s'avouer vaincu avant d'avoir tenté la création d'un anus contre nature. Quoique je pense avoir appliqué le

premier cette ressource extrême au traitement des accidents consécutifs à l'ovariotomie, je dois dire que l'idée m'en a été suggérée par la connaissance d'une des observations de M. Kœberlé, où ce chirurgien regrette de ne l'avoir pas fait.

Je terminerai ces réflexions en appelant l'attention sur la circonstance fortuite d'un prolapsus de l'utérus, indépendant de l'existence du kyste, et qui a trouvé sa guérison radicale dans les adhérences créées dans la cavité pelvienne par l'opération.

Extrait du rapport de M. A. Guérin.

Après les observations qui ont été récemment publiées sur l'ovariotomie, celle de M. Duménil reste encore une des plus intéressantes, et le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen doit être fier d'avoir triomphé des accidents auxquels son opération a donné lieu.

Il s'avoue bien, dans les réflexions dont il fait suivre son observation, qu'il n'a peut-être pas suffisamment arrêté le sang, et l'on pourrait ajouter que le cautère actuel, appliqué sur l'épiploon, n'est pas un moyen exempt de dangers ; mais ce fait, tel qu'il est, prouve une fois de plus encore que nous nous étions exagéré la susceptibilité du péritoine. Nous avons été élevés dans l'idée que quelques gouttes d'eau tombant dans la cavité péritonéale peuvent amener une péritonite mortelle. Souvent l'air a paru ne pas avoir une action moins funeste, et voilà que l'on ouvre le ventre des femmes, on y plonge les mains et les bras jusqu'aux coudes, on y introduit des éponges pour enlever le sang qui s'y est accumulé (heureux quand l'éponge n'y est pas oubliée !), puis les bords de la plaie ayant été rapprochés par une suture, la guérison arrive comme si l'on n'avait fait qu'une petite et très-petite opération. Pour M. Duménil, la guérison ne fut pas si facile. Du sang s'étant épanché entre la paroi abdominale et les intestins, et sortant difficilement, il fallut enlever un point de suture. Puis le météorisme survenant, et étouffant la malade par le refoulement du diaphragme, on ponctionna quatre fois l'intestin.

Si les ponctions ne causèrent pas d'accidents, elles ne firent pas grand bien, car la malade étant dans l'état le plus grave, le chirurgien dut pratiquer un anus artificiel.

Ainsi, ouverture du ventre dans l'étendue de 15 centimètres, épan-

chement de sang dans la cavité abdominale, météorisme, pouls variant de 120 à 130 pulsations; opération d'anus artificiel et autoplastique pour fermer cette ouverture. Voilà à quoi il faut s'attendre quand on pratique l'ovariotomie.

J'ai condamné cette opération, il y a 15 ans, dans mon traité de chirurgie opératoire, alors qu'il n'en était pas question en France; je la trouve encore tellement effrayante, que j'approuve les chirurgiens qui ne se décident pas à la pratiquer; mais il est impossible de ne pas tenir compte des nombreux succès enregistrés dans les journaux de médecine. Quelque peu rationnelle que soit cette opération, quand on la juge avec les idées qui avaient cours dans la science, il y a quelques années, il faut reconnaître qu'il y a des cas dans lesquels on doit y avoir recours.

Il faut, toutefois, se bien garder d'opérer dans les cas de kystes uniloculaires contenant de la sérosité citrine, et l'on doit réserver cette terrible opération pour les kystes contenant un liquide filant, et seulement pour ceux qui ne restent pas stationnaires.

Les succès que la renommée enregistre ont, ce me semble, rendu les chirurgiens un peu aventureux. Dès qu'un kyste de l'ovaire se présente, vite on l'opère sans que l'on se soit toujours bien assuré que la malade eût pu vivre longtemps avec une tumeur qui n'était gênante que par son volume et son poids. Ce qui me fait encore redouter que notre génération ne se jette un peu trop dans les opérations aventureuses, c'est qu'on ne se contente plus d'enlever les kystes, on enlève la rate, on extirpe la matrice, et les chirurgiens sont satisfaits des résultats de leurs opérations.

Je ne nie pas les succès, je me révolte contre l'idée chirurgicale qui nous porte à fouiller dans la rate pour en extraire la plus grande partie, ou à l'enlever tout entière.

Quand Récamier tenta l'extirpation de la matrice à l'Hôtel-Dieu, personne ne prit cette opération au sérieux; on la considéra comme l'acte d'un cerveau malade et l'administration enjoignit au médecin de laisser les opérations aux chirurgiens.

Six malades, si mes souvenirs ne me trompent pas, avaient succombé à cette opération.

Pour instituer toutes ces opérations sur des bases solides, il ne faudrait pas seulement enregistrer des succès; il faudrait refaire la physiologie pathologique, et quand on nous aurait prouvé le rôle inoffensif du péritoine dans les opérations d'extraction des ovaires, de la rate et de la matrice, les partisans de ces opérations ne trouveraient plus d'adversaires.

En attendant, rendons justice aux efforts des hommes qui ont le courage de pratiquer ces opérations. Sachons admirer leur ténacité à lutter contre la mort et applaudir à leurs succès.

M. Duménil, qui nous a adressé l'observation d'ovariotomie dont je viens de vous entretenir, est connu de nous tous. Après avoir été un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, il n'a pas voulu rester au milieu de nous, où sa place était marquée par les premiers prix qu'il avait remportés, par l'élévation de son esprit et par la dignité de son caractère : il est allé à Rouen où, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, il pratique avec le plus grand éclat.

Votre commission vous demande de vous souvenir des titres de M. Duménil, quand vous aurez à nommer des membres correspondants nationaux, et vous propose de publier son observation dans les bulletins de la Société.

FIN DU TOME HUITIÈME

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

F

G

H

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

W

(2128) PARIS. — IMP. L. POUPART-DAVYL, 30, RUE DU BAC.